Hospitalarias, Extrahospitalarias y Domiciliarias

XXXVI LECCIONES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



Ciencia Sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica española de formación sanitaria

XXXVI Lecciones en Urgencias y Emergencias.



Ciencia Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

XXXVI Lecciones en Urgencias y Emergencias.

Fecha de publicación: 11 octubre 2022

1º Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020

© De los textos: sus autores

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Todos los autores han asegurado a Ciencia Sanitaria cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo Ciencia Sanitaria ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la práctica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-19493-03-3

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1 **MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LA HIPOTERMIA. REVISIÓN NARRATIVA Y RECOMENDACIONES ACTUALES**
CRISTINA YUKI SEPÚLVEDA MURO 3

2 **ISQUEMIA INTESTINAL CON TAC ABDOMINAL NORMAL**
CRISTINA MOLINA RUIZ 11

3 **EL TRIAJE EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO PARA ENFERMERIA**
PATRICIA GARCIA FERNANDEZ 15

4 **ESTUDIO ENFERMERO DE CASO ÚNICO DE ANEMIA HEMOLÍTICA**
VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ, MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ Y JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 19

5 **PARADA CARDIORRESPIRATORIA. LA IMPORTANCIA DE UNA RÁPIDA ACTUACIÓN.**
LAURA MASEDA RIVAS 27

6 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CETOACIDOSIS DIABETICA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA**
MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ, VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ Y JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 35

7 **ENFERMERÍA: MANEJO DE LA TERAPIA INTRAVENOSA CON LA BOMBA DE INFUSIÓN CADD-LEGACY® PLUS**
MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, MARÍA ALMANSA TORRENTE, GONZALO CUESTA NARES, FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE Y PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL 41

8 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL DOMICILIO
MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, MARÍA ALMANSA TORRENTE, GONZALO CUESTA NARES, FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE Y PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL 45

9 ENFERMERÍA EN EL DECÚBITO PRONO EN UNIDADES DE CRÍTICOS
MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, MARÍA ALMANSA TORRENTE, GONZALO CUESTA NARES, FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE Y PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL 49

10 ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: PACIENTE PSIQUIÁTRICO
ROSA MARÍA GARCÍA LÓPEZ 53

11 ENFERMERÍA ANTE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL
SAMIA AHMED MOHAMED, IKRAM AHMED MOHAMED Y HANAN MOHAMED MARZOK 57

12 CUIDADOS, VIGILANCIA Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO
ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, ISABEL MONTARROSO TORRES, LAURA TRENADO MUÑOZ Y ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ 61

13 IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y CUIDADOS DE ESTOS A PACIENTES CON ALÉRGIAS
ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, LAURA TRENADO MUÑOZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ Y ISABEL MONTARROSO TORRES 65

14 INSERCIÓN DEL CATÉTER EPICUTÁNEO-CAVA EN NEONATOS-IMPORTANCIA Y PAPEL DE LOS ENFERMEROS
ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, ISABEL MONTARROSO TORRES, ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR Y LAURA TRENADO MUÑOZ 71

15 **INTERVENCIONES Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS**
GONZALO GIL ALVAREZ, SARA BRAVO BELTRÁN, CLAUDIA ARANDA MARTÍN, PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA Y MARINA GIL ÁLVAREZ 75

16 **LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS MUESTRA POR ENFERMERÍA**
SARA BRAVO BELTRÁN, GONZALO GIL ALVAREZ, CLAUDIA ARANDA MARTÍN, PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA Y MARINA GIL ÁLVAREZ 81

17 **ACCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**
CLAUDIA ARANDA MARTÍN, GONZALO GIL ALVAREZ, SARA BRAVO BELTRÁN, PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA Y MARINA GIL ÁLVAREZ 87

18 **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DOLOR AGUDO**
INMACULADA OCAÑA MÉRIDA 95

19 **ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRIAJE**
SARA GARCÍA FELIPE 101

20 **CONCEPTO DEL DUELO, PERÍODOS, CUIDADOS Y CATEGORIZACIÓN POR ENFERMERÍA**
ALBA TRIVIÑO ORTIZ, JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ, LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO, ARANCHA LOSANA GÓMEZ Y LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO 107

21 **MUESTRA DE UN CASO EN FASCITIS NECROSANTE PAULATINA POR ENFERMERÍA**
JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ, ALBA TRIVIÑO ORTIZ, LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO, ARANCHA LOSANA GÓMEZ Y LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO 113

22 COMPLICACIONES DE EMERGENCIA EN LA DIABETES ABORDAJE POR ENFERMERÍA
LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO, ALBA TRIVIÑO ORTIZ, JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ, ARANCHA LOSANA GÓMEZ Y LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO 117

23 MANEJO DEL ICTUS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS
TAMARA GOMEZ GONZALEZ 125

24 EL TRIAGE EN URGENCIAS
SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS, SARA ZARCO REILLO Y ALVARO VAQUERO COMINO 129

25 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR
JAVIER VAÑÓ GARCÍA, TANIA LOPEZ GALLARDO, RUBEN LEAL ARANDA, ANA RUIZ MARTINEZ Y SANDRA MUELAS MARTINEZ 141

26 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA INGURGITACION DE LA VENA YUGULAR
JAVIER VAÑÓ GARCÍA, TANIA LOPEZ GALLARDO, RUBEN LEAL ARANDA, ANA RUIZ MARTINEZ Y SANDRA MUELAS MARTINEZ 145

27 INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA
JAVIER VAÑÓ GARCÍA, TANIA LOPEZ GALLARDO, RUBEN LEAL ARANDA, ANA RUIZ MARTINEZ Y SANDRA MUELAS MARTINEZ 149

28 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NEUMOTÓRAX
EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO, KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ, ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO, ANA PILAR ROLANDO AMAYA Y BELEN MUÑOZ SAIZ 153

29 PACIENTES CON ANEMIA FRENTE A LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO, KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ, ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO, ANA PILAR ROLANDO AMAYA Y BELEN MUÑOZ SAIZ 157

30 **EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS EN LA FIBROMIALGIA**
EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO, KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ, ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO, ANA PILAR ROLANDO AMAYA Y BELEN MUÑOZ SAIZ **161**

31 **LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS VASCULARES**
ELENA SANCHO MUÑOZ, . ., ABDELOUAHED AMAL AMANE, . . Y RAQUEL CASTILLO MARTIN **165**

32 **ABORDAJE DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO, SARA VILLEGAS MENOR Y ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA **169**

33 **LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.**
ABDELOUAHED AMAL AMANE, . ., ELENA SANCHO MUÑOZ, . . Y RAQUEL CASTILLO MARTIN **175**

34 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS QUEMADURA CON CLORHEXIDINA EN PREMATURO EXTREMO DE 25 SEMANAS DE GESTACIÓN**
MARÍA BOLÍVAR LOMAS, PATRICIA ROMERO ARRIAGA Y CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS **179**

35 **ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE ALEXANDER**
ÁNGEL SAERA SERRANO, ÁNGELA CAMPO LÓPEZ, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ Y ELENA PEINADO TERCERO **183**

36 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA EPISTAXIS**
ÁNGEL SAERA SERRANO, ÁNGELA CAMPO LÓPEZ, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ Y ELENA PEINADO TERCERO **187**

37 **EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA**
MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA Y LUCÍA LUNA LASTRES **191**

38 **LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA LAPAROSCOPIA BARIÁTRICA**
ÁNGEL SAERA SERRANO, ÁNGELA CAMPO LÓPEZ, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ Y ELENA PEINADO TERCERO **197**

39 **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD DERMATOLÓGICOS DE PSORIASIS**
MARIA ALAMO OJEDA, BIANCA GABRIELA ALEXANDRU, VIRGINIA COLINO GÓMEZ, ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS Y OLGA CASTRO CARRETERO **201**

40 **MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL**
MARIA ALAMO OJEDA, BIANCA GABRIELA ALEXANDRU, VIRGINIA COLINO GÓMEZ, ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS Y OLGA CASTRO CARRETERO **205**

41 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO PATOLÓGICO**
MARIA ALAMO OJEDA, BIANCA GABRIELA ALEXANDRU, VIRGINIA COLINO GÓMEZ, ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS Y OLGA CASTRO CARRETERO **211**

42 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA**
ROCIO MALAGON SANTOS, ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO, GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA, ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES Y CRISTINA MORENO CUESTAS **215**

43 **CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN NEONATO PREMATURO**
ROCIO MALAGON SANTOS, ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO, GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA, ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES Y CRISTINA MORENO CUESTAS **219**

44 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS
ROCIO MALAGON SANTOS, ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO, GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA, ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES Y CRISTINA MORENO CUESTAS **225**

45 LA IMPORTANCIA DEL MANEJO EN TRIAJE EXTRAHOSPITALARIO POR ENFERMERÍA
BLANCA MARIA SERRANO MARTIN, SHEILA CARBONELL DEL CAMPO, NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ, ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ Y ELENA SORIANO CAÑAMERO **231**

46 INTERVENCIONES Y MUESTRA DE ENFERMERÍA HACIA LA DISNEA
SHEILA CARBONELL DEL CAMPO, BLANCA MARIA SERRANO MARTIN, NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ, ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ Y ELENA SORIANO CAÑAMERO **237**

47 DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL QUIRÓFANO
NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ, BLANCA MARIA SERRANO MARTIN, SHEILA CARBONELL DEL CAMPO, ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ Y ELENA SORIANO CAÑAMERO **243**

48 A PROPOSITO DE UN CASO. MILKING,HALLAZGO CASUAL EN EL CONTEXTO DE UN IAM
LETICIA SANDOVAL VALLEJO **247**

49 ICTUS ISQUÉMICO
DIANA GONZÁLEZ PARRA **253**

50 EL SÍNDROME DEL DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO, IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO.
LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA, ÁLVARO MARTOS BELLIDO Y AGUSTIN MORALES RUIZ **259**

51 ESTUDIO ENFERMERO SOBRE EL PACIENTE AHOGADO
JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ Y MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ **263**

52 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA
LUCÍA LUNA LASTRES Y MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA 269

53 MUESTRA DE SUCESO CLÍNICO POR ENFERMERÍA DE POLINEUROPATÍA AGUDA EN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ
MARIO CURIEL BALTASAR, CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN Y INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO 275

54 MUESTRA POR ENFERMERÍA DE UN CASO EN SÍNDROME DE KOUNIS
CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY, MARIO CURIEL BALTASAR, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN Y INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO 279

55 ENFERMERÍA MUESTRA Y CARACTERÍSTICAS EN LACTANTES AFECTADOS CON BRONQUIOLITIS
RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MARIO CURIEL BALTASAR, CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY, SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN Y INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO 285

56 LA IMPORTANCIA DE SABER RECONOCER UN ICTUS POR ENFERMERÍA
BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, DEBORAH CASTAÑO DAVIS, ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ Y CARLOS PALACIO MORALES 289

57 ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO DEL AUMENTO DE PRESCRIPCIÓN EN LA POBLACIÓN DE TRANQUILIZANTES MENORES
CARLOS ARRIAGA CARDIEL, BLANCA PINTO LAGO, DEBORAH CASTAÑO DAVIS, ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ Y CARLOS PALACIO MORALES 293

58 ESTUDIO POR ENFERMERÍA DE LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE EXPOSICIÓN AL RUIDO
DEBORAH CASTAÑO DAVIS, BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ Y CARLOS PALACIO MORALES 297

59 ORIGEN, ESTUDIO Y MANEJO POR ENFERMERÍA DE QUEMADURAS
FERNANDO TENA SÁNCHEZ, JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA, MARIA ORTEGA RODRIGUEZ, ANA MORENO JIMÉNEZ Y PABLO GALÁN MARTÍNEZ **303**

60 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POSIBLES ERRORES DE ENFERMERÍA
MARIA ORTEGA RODRIGUEZ, FERNANDO TENA SÁNCHEZ, JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA, ANA MORENO JIMÉNEZ Y PABLO GALÁN MARTÍNEZ **309**

61 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE DE UN HOSPITAL. REVISION BIBLIOGRÁFICA
PATRICIA ROMERO ARRIAGA, CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS Y MARÍA BOLÍVAR LOMAS **313**

62 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA MONITORIZACION DE LA PRESION ARTERIAL INVASIVA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
PATRICIA ROMERO ARRIAGA, CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS Y MARÍA BOLÍVAR LOMAS **317**

63 ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN CIRROSIS HEPÁTICA POR ENFERMERÍA
JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA, FERNANDO TENA SÁNCHEZ, MARIA ORTEGA RODRIGUEZ, ANA MORENO JIMÉNEZ Y PABLO GALÁN MARTÍNEZ **321**

64 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA **327**

65 ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
ANA ANTEQUERA GÓMEZ, YOLANDA COLMENAR MARTÍN, FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA, REBECA GARCÍA PLAZA Y PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ **333**

66 IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS PARA ENFERMERÍA. PREVENCIÓN Y BUENA PRAXIS DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL
ANA ANTEQUERA GÓMEZ, YOLANDA COLMENAR MARTÍN, FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA, REBECA GARCÍA PLAZA Y PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ 337

67 ENFERMERÍA EN LA UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (TPN) EN LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS
ANA ANTEQUERA GÓMEZ, YOLANDA COLMENAR MARTÍN, FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA, REBECA GARCÍA PLAZA Y PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ 341

68 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES COMO SON LOS ICTUS
MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES, NURIA GALLEGO DEL RÍO, TERESA ROVIRA CAÑIZARES, RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA Y ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ 345

69 ENFERMERÍA: MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE POSIBLE RELACIÓN CON EL USO DEL CHUPETE
SARA VILLEGAS MENOR, MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO Y ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA 349

70 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON LAVADO VESICAL CONTINUO
RAQUEL ROCA ÁLVAREZ, SONIA RUIZ MAYORAL, ELISA VÁZQUEZ VALVERDE, MARTA ESPUELA NIETO Y MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS 353

71 SONDAJE NASOGÁSTRICO: INSERCIÓN, CUIDADOS Y RETIRADA
MARTA ESPUELA NIETO, MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS, RAQUEL ROCA ÁLVAREZ, SONIA RUIZ MAYORAL Y ELISA VÁZQUEZ VALVERDE 361

72 POLITRAUMATISMO POR ASTA DE TORO
LUCÍA GAMONAL FERNÁNDEZ 369

73 **EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS CON LOS OBJETOS CORTANTES Y PUNZANTES**
IRENE PÉREZ PÉREZ, MARIA GARCÍA VALENCIA, LUZ GARCÍA VALENCIA, ANA PALOMO GARCÍA Y TERESA GALIANO LOPEZ 373

74 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN ACCIDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO**
IRENE PÉREZ PÉREZ, TERESA GALIANO LOPEZ, ANA PALOMO GARCÍA, MARIA GARCÍA VALENCIA Y LUZ GARCÍA VALENCIA 377

75 **VÍA INTRAÓSEA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**
PALOMA MORALES MORALEDA, ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ Y ELENA LÓPEZ PEÑALVER 381

76 **CEFALEAS. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**
VERONICA ALVAREZ CANO, ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS, ELENA CUENCA SÁNCHEZ, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA Y NURIA MENA PEDRAZA 385

77 **EPILEPSIA Y LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**
VERONICA ALVAREZ CANO, ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS, ELENA CUENCA SÁNCHEZ, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA Y NURIA MENA PEDRAZA 391

78 **PROCEDIMIENTO DE CIRUGIA MENOR: EXTIRPACIÓN DE UN LIPOMA**
SARA ZARCO REILLO Y SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS 397

79 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE UNA RETECIÓN AGUDA URINARIA**
MARIA ANTUÑA GARCIA 409

80 **EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU RELACIÓN CON LA UCI**
IRENE PÉREZ PÉREZ, LUZ GARCÍA VALENCIA, MARIA GARCÍA VALENCIA, ANA PALOMO GARCÍA Y TERESA GALIANO LOPEZ 413

81 INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ, EVA MARIA GRACIA PEREZ Y MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ **417**

82 VALORACIÓN PRIMARIA DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE DESASTRE
ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA, MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO Y SARA VILLEGAS MENOR **421**

83 EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: PATRONES DE MORTALIDAD Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN
ÁLVARO MARTOS BELLIDO, LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA Y AGUSTIN MORALES RUIZ **427**

84 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA
ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA **437**

85 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA
EVA MARIA GRACIA PEREZ, LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ Y MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ **441**

86 NEUMOTORAX A TENSIÓN
MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ Y EVA MARIA GRACIA PEREZ **445**

87 ERRORES DE MEDICACIÓN POR PARTE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
PRADO NAVARRO EXPOSITO, AINHOA VERA PAVÓN, ANDREA ONIEVA ORTEGA, MÓNICA MUÑOZ TERCERO Y CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER **449**

88 ICTUS. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
ELENA LÓPEZ PEÑALVER, PALOMA MORALES MORALEDA Y ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ **453**

89 LOS ENFERMEROS Y LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN SALUD MENTAL
MARTA MARÍN RUIZ, CRISTINA DONAIRE RIVERA, RAQUEL GARRIDO LOPEZ, ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ Y LAURA FLORES DECHADO **457**

90 ICTUS: MANEJO Y CUIDADOS A CONTRARRELOJ
ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, CRISTINA DÍAZ COGOLLUDO Y ELISABETH LEÑADOR PÉREZ **461**

91 EMBOLIA POR LÍQUIDO AMNIÓTICO: EL GRAN DESAFÍO
ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, CRISTINA DÍAZ COGOLLUDO Y ELISABETH LEÑADOR PÉREZ **467**

92 CUIDADOS DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA: PREVENCIÓN DE LA FLEBITIS COMO PRINCIPAL COMPLICACIÓN
ELISA VÁZQUEZ VALVERDE, MARTA ESPUELA NIETO, MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS, RAQUEL ROCA ÁLVAREZ Y SONIA RUIZ MAYORAL **471**

93 IMPORTANCIA DEL ORDEN CORRECTO DE LLENADO DE TUBOS DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO, RAFAEL HABAS MORENO, LUCÍA GARCÍA GARCÍA, JOANA LENDRINO LENDRINO Y CRISTIAN LENDRINO LENDRINO **479**

94 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA
VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO, RAFAEL HABAS MORENO, LUCÍA GARCÍA GARCÍA, JOANA LENDRINO LENDRINO Y CRISTIAN LENDRINO LENDRINO **485**

95 IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO
VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO, RAFAEL HABAS MORENO, LUCÍA GARCÍA GARCÍA, JOANA LENDRINO LENDRINO Y CRISTIAN LENDRINO LENDRINO **489**

96 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE RIESGO
MARTA RUIZ PARADA, PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR, CARLOS PANADERO MORENO, ALEJANDRO RUIZ PARADA Y OMAR NAVÍO CAÑADA 493

97 CUIDADOS BÁSICOS Y ESPECIFICOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON QUEMADURA FACIAL DE SEGUNDO GRADO.
MARTA RUIZ PARADA, PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR, CARLOS PANADERO MORENO, ALEJANDRO RUIZ PARADA Y OMAR NAVÍO CAÑADA 499

98 ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE DOLOR ABDOMINAL POR ENFERMERÍA
MARTA RUIZ PARADA, PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR, CARLOS PANADERO MORENO, ALEJANDRO RUIZ PARADA Y OMAR NAVÍO CAÑADA 503

99 ENFERMERÍA Y LAS COMPLICACIONES EN LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO
GEMA MARIA MORENO ZAMORA, MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA, DAVID MORENO BERMEJO, CORA SÁNCHEZ VALERO Y FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO 509

100 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTE CON COLELITIASIS Y CÓLICO BILIAR
GEMA MARIA MORENO ZAMORA, MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA, DAVID MORENO BERMEJO, CORA SÁNCHEZ VALERO Y FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO 513

101 ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA
DAVID MORENO BERMEJO, CORA SÁNCHEZ VALERO, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO, GEMA MARIA MORENO ZAMORA Y MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA 519

102 CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) CUIDADOS DE ENFERMERÍA
PRADO NAVARRO EXPOSITO, AINHOA VERA PAVÓN, ANDREA ONIEVA ORTEGA, MÓNICA MUÑOZ TERCERO Y CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER 525

103 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ELENA CUENCA SÁNCHEZ, ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS, VERONICA ALVAREZ CANO, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA Y NURIA MENA PEDRAZA **531**

104 ANSIEDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ACTUACIÓN ENFERMERA
RAQUEL MERCADO RAMÍREZ, RUBÉN ROJAS LAGUNA, DÉBORA DÍAZ BROCEÑO, FABRIZIO JOSUE COLAMARCO Y LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA **537**

105 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR EL TRAUMA PERINEAL
AGUSTIN MORALES RUIZ, LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA Y ÁLVARO MARTOS BELLIDO **541**

106 ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA ENDOSCOPIA URGENTE
JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ, NIEVES SIERRA CEPEDA, LORENA PEREZ CRESPO Y NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ **545**

107 ENDOSCOPIA RESPIRATORIA/BRONCOSCOPIA DE URGENCIA
JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ, NIEVES SIERRA CEPEDA, LORENA PEREZ CRESPO Y NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ **551**

108 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA SALUD AL PACIENTE
MARTA MARÍN RUIZ, CRISTINA DONAIRE RIVERA, RAQUEL GARRIDO LOPEZ, ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ Y LAURA FLORES DECHADO **555**

109 LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA
MARTA MARÍN RUIZ, LAURA FLORES DECHADO, ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ, RAQUEL GARRIDO LOPEZ Y CRISTINA DONAIRE RIVERA **559**

110 MANEJO DE LA LITIASIS RENAL EN URGENCIAS
GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ANA PÉREZ PLAZA, GEMA MAGÁN CANO, SERGIO BARBERO SÁNCHEZ Y ÁNGELA TENDERO MORALEDA **563**

111 HEMATURIA Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS
ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ, PALOMA MORALES MORALEDA Y ELENA LÓPEZ PEÑALVER **569**

112 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL. POSIBLES COMPLICACIONES
LORENA PEREZ CRESPO, DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ, JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ Y NIEVES SIERRA CEPEDA **573**

113 CUIDADOS DE ENFERMERIA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN URGENCIAS
MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU, ANA CASTRO FERNÁNDEZ, ANTONIO ORTIZ MUÑOZ, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA Y LILIANA TEODORA CATANA GALU **579**

114 ENFERMERÍA Y LOS EFECTOS DE LA DIETA SOBRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU, ANA CASTRO FERNÁNDEZ, ANTONIO ORTIZ MUÑOZ, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA Y LILIANA TEODORA CATANA GALU **585**

115 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD SEXUAL ADOLESCENTE
MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU, ANA CASTRO FERNÁNDEZ, ANTONIO ORTIZ MUÑOZ, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA Y LILIANA TEODORA CATANA GALU **589**

116 USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS
MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN Y JUAN COBO PALOMINO **593**

117 SITUACIONES ESPECIADES DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS
ALVARO VAQUERO COMINO, SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS Y SARA ZARCO REILLO **597**

118 MONITORIZACIÓN Y CANALIZACIÓN PERCUTÁNEA DE ARTERIA CUBITAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
DAVID MARÍN MARTÍNEZ, MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ, JORGE VICO SÁNCHEZ, GEMMA GARCÍA SIMARRO Y ANGELA VILLALBA REOLID **605**

119 MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN EN URGENCIAS
GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ANA PÉREZ PLAZA, GEMA MAGÁN CANO, SERGIO BARBERO SÁNCHEZ Y ÁNGELA TENDERO MORALEDA **609**

120 ENFERMERÍA HACE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ALZHEIMER
PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MARINA BARROSO MUÑOZ Y RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ **615**

121 USO DE HEMODERIVADOS EN LA ATENCIÓN URGENTE AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
ROCÍO JUNCO BLANCO **619**

122 ENFERMERÍA Y LA PSORIASIS ANULAR
PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, MARINA BARROSO MUÑOZ Y RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ **623**

123 TÉCNICA DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
PRADO NAVARRO EXPOSITO, AINHOA VERA PAVÓN, ANDREA ONIEVA ORTEGA, MÓNICA MUÑOZ TERCERO Y CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER **627**

124 UN CASO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA A EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA
PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, MARINA BARROSO MUÑOZ Y RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ **631**

125 ATENCIÓN AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN URGENCIAS
GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ANA PÉREZ PLAZA, GEMA MAGÁN CANO, SERGIO BARBERO SÁNCHEZ Y ÁNGELA TENDERO MORALEDA 635

126 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN
DAVID NAVAS RUEDAS, CRISTIAN CERRATO CAMACHO, ESTHER TAJUELO LARA, SORAYA MENDIOLA REY Y ANA ROSA PADILLA TAPIADOR 647

127 ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIA
BEATRIZ ZURRÓN ILLERA 651

128 LAS TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
ISABEL MARÍA SAINZ DE LA MAZA BUSTAMANTE 655

129 LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL CORONAVIRUS
SILVIA MARÍA CUEVAS RODRÍGUEZ 659

130 PACIENTE CON TRAUMATISMOS DEL APARATO LOCOMOTOR
BEATRIZ RECUERO FUENTES, MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ, MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ, NIEVES PAZ CORONEL Y CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL 663

131 LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. CÓMO SE REALIZA. DIFERENCIAS ENTRE ADULTO, NIÑO Y RECIÉN NACIDO
BEATRIZ RECUERO FUENTES, MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ, MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ, NIEVES PAZ CORONEL Y CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL 667

132 PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS DE MENORES Y RECIÉN NACIDOS: URGENCIAS PEDIÁTRICAS
BEATRIZ RECUERO FUENTES, MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ, MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ, NIEVES PAZ CORONEL Y CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL 671

133 HEMORRAGIA NASAL POR TENSIÓN ALTA EN URGENCIAS Y EL TCAE
EVA HEREDIA URBANO, SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ Y AIDA MOHAMED AMAR 675

134 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LOS CUIDADOS PREOPERATORIOS DEL PACIENTE
NOELIA ALFARO SERRANO, MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ Y ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA 679

135 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA. USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA
NOELIA ALFARO SERRANO, MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ Y ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA 683

136 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES POSTMORTEM
PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO, MARTA GRIMALDOS HERREROS, ANTONIO NARRO HELLIN, SANDRA COTILLAS LOPEZ Y CARMEN CANOVAS VALIENTE 687

137 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO, MARTA GRIMALDOS HERREROS, ANTONIO NARRO HELLIN, SANDRA COTILLAS LOPEZ Y CARMEN CANOVAS VALIENTE 693

138 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE LUPUS
PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO, MARTA GRIMALDOS HERREROS, ANTONIO NARRO HELLIN, SANDRA COTILLAS LOPEZ Y CARMEN CANOVAS VALIENTE 699

139 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXLIÁRES DE ENFREMERÍA Y LAS CONTENCIONES
MARTA ELENA LÓPEZ LOBO 703

140 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PLANTA GERIÁTRICA
DOLORES CORONA GONZALEZ, VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ, SARA GONZÁLEZ LINOS, ESMERALDA GIL MONGE Y CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE 709

141 TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ENFOCADO PACIENTES CON DAÑO CERBRAL ADQUIRIDO EN UN CENTRO DE DÍA
DOLORES CORONA GONZALEZ, VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ, SARA GONZÁLEZ LINOS, ESMERALDA GIL MONGE Y CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE 715

142 DIETAS DE COMPLEMENTACIÓN PARA PACIENTES DIABÉTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
DOLORES CORONA GONZALEZ, VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ, SARA GONZÁLEZ LINOS, ESMERALDA GIL MONGE Y CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE 719

143 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS. NORMAS GENERALES
ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA, NOELIA ALFARO SERRANO Y MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ 723

144 **HIGIENE Y LAVADO DEL CABELLO EN EL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CARMEN HERAS ZAFRA, MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS, ALICIA COLETO JIMÉNEZ, ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO Y ISABEL MOYA MARCO 727

145 **HIGIENE EN LACTANTES PRECEDENTE A LA CAÍDA DEL CORDÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS, CARMEN HERAS ZAFRA, ALICIA COLETO JIMÉNEZ, ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO Y ISABEL MOYA MARCO 731

146 **EL CAMINO DE LAS CUIDADORAS HASTA LA PROFESIÓN DE SER TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALICIA COLETO JIMÉNEZ, CARMEN HERAS ZAFRA, MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS, ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO Y ISABEL MOYA MARCO 735

147 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPLICA LOS TIPOS DE VÍAS PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**
MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO, SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ, ELÍAS LÓPEZ GIL, JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN Y INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL 739

148 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES CON ALZHEIMER**
MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO, SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ, ELÍAS LÓPEZ GIL, JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN Y INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL 745

149 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. FUNCIONES ESTERILIZACIÓN**
MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO, SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ, ELÍAS LÓPEZ GIL, JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN Y INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL 751

150 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PARITORIOS**
SUSANA GÓMEZ MICOT, GLORIA CIFUENTES LOPEZ, NOELIA MUÑOZ GONZALEZ, RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ Y MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS **755**

151 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
SUSANA GÓMEZ MICOT, GLORIA CIFUENTES LOPEZ, NOELIA MUÑOZ GONZALEZ, RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ Y MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS **759**

152 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS TRATAMIENTOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**
SUSANA GÓMEZ MICOT, GLORIA CIFUENTES LOPEZ, NOELIA MUÑOZ GONZALEZ, RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ Y MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS **765**

153 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) FRENTE A LAS ENFERMEDADES HOSPITALARIAS**
GLORIA CIFUENTES LOPEZ, NOELIA MUÑOZ GONZALEZ, RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ, MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS Y SUSANA GÓMEZ MICOT **771**

154 **EN QUÉ CONSISTEN LAS URGENCIAS SANITARIAS. EXPOSICIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO, MIRELLA LLAMAS BARRASA, CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA, BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y TANIA SANTOS MORCILLO **777**

155 **TIPOLOGÍAS DE MASCARILLAS MUESTRA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MIRELLA LLAMAS BARRASA, MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO, CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA, BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y TANIA SANTOS MORCILLO **781**

156 MODO DE COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES DEFINIDO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA, MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO, MIRELLA LLAMAS BARRASA, BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y TANIA SANTOS MORCILLO **785**

157 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS
ELENA ALONSO SÁEZ **789**

158 PLANTA DE GERIATRÍA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO, CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA, ALMUDENA MOYA SANCHEZ, MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ Y ROSA MARÍA JAREÑO DAZA **793**

159 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE DIABÉTICO
ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO, CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA, ALMUDENA MOYA SANCHEZ, MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ Y ROSA MARÍA JAREÑO DAZA **797**

160 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE CON DISFAGIA
ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO, CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA, ALMUDENA MOYA SANCHEZ, MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ Y ROSA MARÍA JAREÑO DAZA **801**

161 LAS FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL TCAE DENTRO DE LOS CENTROS SANITARIOS EN ESPAÑA
ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ, PILAR PEREZ ORTEGA, ESTELA GIL BORRALLO, SERGIO VELA PATERNA Y INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES **805**

162 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL TRATAMIENTO A PACIENTES DIABÉTICOS
ANA ROSA PADILLA TAPIADOR, CRISTIAN CERRATO CAMACHO, DAVID NAVAS RUEDAS, ESTHER TAJUELO LARA Y SORAYA MENDIOLA REY **809**

163 TOMA DE TEMPERATURA
ELIZA ZOTIC, CELIA CHACÓN ORTUNO, PILAR ORTUNO FERNANDEZ Y LUCÍA CASAS ORTUNO 813

164 CUIDADO HACIA EL PACIENTE EN CIRUGÍA ORAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ELISABET SORIANO BELVIS 817

165 TRASPORTE DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA
MARIA JOSE MUÑOZ SOBRINO 821

166 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO, CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ, SONIA MAÑAS MURILLO, MARIA CALVO CUADRA Y DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN 825

167 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS TÉCNICAS PARA HACER LA CAMA HOSPITALARIA
MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO, CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ, SONIA MAÑAS MURILLO, MARIA CALVO CUADRA Y DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN 829

168 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS BENEFICIOS DE LOS PADRES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO DE UN NIÑO
MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO, CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ, SONIA MAÑAS MURILLO, MARIA CALVO CUADRA Y DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN 835

169 ACTUACION DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LAS HEMORRAGIAS
MARIA JESUS ALVAREZ MORAN 839

170 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y SVB
VANESA INIESTA PULIDO, MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO Y ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU 845

171 NUTRICIÓN ENTERAL: ACTUALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
DAVID GALLEGO MARTÍNEZ 851

172 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
SUSANA GARAY BALSA, SILVIA PASCUAL SIERRA Y ANA COSÍO PÉREZ 861

173 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA HECATOMBE
CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS, VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES, MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO, ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ Y LAURA LEÓN CABALLERO 865

174 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL INSOMNIO DE LOS ANCIANOS
CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS, VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES, MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO, ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ Y LAURA LEÓN CABALLERO 869

175 LOS APOSITOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA TECNICOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS, VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES, MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO, ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ Y LAURA LEÓN CABALLERO 873

176 ALTERACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO, JOSEFA MONTERO GARRIDO, MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS, GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA Y MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ 879

177 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA BULIMIA NERVIOSA
JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO, JOSEFA MONTERO GARRIDO, MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS, GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA Y MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ 883

178 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL TRASTORNO POR ATRACÓN
JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO, JOSEFA MONTERO GARRIDO, MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS, GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA Y MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ 887

179 SONDAS VESICALES, FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ, PILAR PEREZ ORTEGA, ESTELA GIL BORRALLO, SERGIO VELA PATERNA Y INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES 891

180 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIGIENE DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE UCI
ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ, PILAR PEREZ ORTEGA, ESTELA GIL BORRALLO, SERGIO VELA PATERNA Y INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES 895

181 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE ENCAMADO
MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ, ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON, ROCIO MORENO ÁVILA, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ Y ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ 899

182 IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS HOSPITALARIAS
MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ, ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON, ROCIO MORENO ÁVILA, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ Y ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ 905

183 PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON CONVULSIONES
MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ, ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON, ROCIO MORENO ÁVILA, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ Y ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ 911

184 EL TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA O GASTROSCOPIA
ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA, LAURA MARIA ALFARO GARCIA, CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA, LIDIA LÓPEZ GARCÍA Y FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA 915

185 EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR EN LA COLONOSCOPIA
ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA, CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA, LAURA MARIA ALFARO GARCIA, LIDIA LÓPEZ GARCÍA Y FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA 919

186 LA LIMPIEZA DE ENDOSCOPIOS REALIZADA POR EL TÉCNICO AUXILIAR
ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA, CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA, LAURA MARIA ALFARO GARCIA, LIDIA LÓPEZ GARCÍA Y FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA 923

187 FUNCIONES DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA CON PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
BEATRIZ ANGULO PEINADO, MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ Y CRISTINA MORENO MARTINEZ 927

188 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA UROLOGÍA. LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ, BEATRIZ ANGULO PEINADO Y CRISTINA MORENO MARTINEZ 931

189 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CRISTINA MORENO MARTINEZ, MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ Y BEATRIZ ANGULO PEINADO 937

190 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN, MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO, ANTONIO GARCÍA POZO, Mª ISABEL TARAVILLA MONTERO Y MARIBEL STUART LEON 939

191 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN, MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO, ANTONIO GARCÍA POZO, Mª ISABEL TARAVILLA MONTERO Y MARIBEL STUART LEON 945

192 FRACTURA DE CADERA Y LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN, MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO, ANTONIO GARCÍA POZO, Mª ISABEL TARAVILLA MONTERO Y MARIBEL STUART LEON 953

193 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL USO DE LOS ENEMAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
CARLOS ESPADAS BARBA, LIDIA LOZANO GARCÍA, CLARA TORRENTE MAÑAS, M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO Y BEATRIZ NAVARRO ESPADAS 957

194 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE
CARLOS ESPADAS BARBA, LIDIA LOZANO GARCÍA, CLARA TORRENTE MAÑAS, M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO Y BEATRIZ NAVARRO ESPADAS 961

195 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO
CARLOS ESPADAS BARBA, LIDIA LOZANO GARCÍA, CLARA TORRENTE MAÑAS, M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO Y BEATRIZ NAVARRO ESPADAS 965

196 DIFERENCIA DE ZONAS Y ÁREAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA, CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO, MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES, ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ Y ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ 969

197 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA O UNIDAD DE QUEMADOS
CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO, FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA, MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES, ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ Y ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ 979

198 OCUPACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES DEDICADAS A DROGODEPENDIENTES
MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES, FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA, CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO, ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ Y ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ 983

199 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. FUNCIONES Y ACTUACIONES
BERTA ALVAREZ ALVAREZ Y ALBA BOUSOÑO LEDO 989

200 EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y LOS COMETIDOS DEL CELADOR
ROSA MARIA VERGARA GARCIA, CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MILAGROS VIZCAINO OLMOS, MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ Y JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA 993

201 TRABAJO ASISTENCIAL DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CELIA CHACÓN ORTUNO, PILAR ORTUNO FERNANDEZ, LUCÍA CASAS ORTUNO Y ELIZA ZOTIC 997

202 FRACTURA DE CADERA: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ALBA GONZÁLEZ VÁZQUEZ Y BIBIANA GARCIA PEREZ 1001

203 QUÉ HACER ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: MANIOBRA RCP
BIBIANA GARCIA PEREZ Y ALBA GONZÁLEZ VÁZQUEZ 1007

204 TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROTOCOLO RECOGIDA MUESTRA DE ORINA EN EL AREA DE PEDIATRIA.
YOLANDA MURILLO MORALES, MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON, MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ, MARIA TERESA COELLO PRIETO Y ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ 1013

205 TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: CUIDADO DE LA PUERPERA DESPUES DEL PARTO.
YOLANDA MURILLO MORALES, ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ, MARIA TERESA COELLO PRIETO, MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ Y MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON 1017

206 TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: CURA EPISIOTOMIA.
YOLANDA MURILLO MORALES, MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON, MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ, MARIA TERESA COELLO PRIETO Y ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ 1021

207 ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO QUE PRESENTA UN BROTE PSICÓTICO.
SORAYA MENDIOLA REY, ESTHER TAJUELO LARA, ANA ROSA PADILLA TAPIADOR, DAVID NAVAS RUEDAS Y CRISTIAN CERRATO CAMACHO 1025

208 ROL DEL TCAE ANTE LA INFECCIÓN URINARIA
PILAR ORTUNO FERNANDEZ, CELIA CHACÓN ORTUNO, LUCÍA CASAS ORTUNO Y ELIZA ZOTIC 1029

209 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN PERFUSIÓN INTRAVENOSA
BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ, ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA, MONTSERRAT MERLO ROMERO, NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ Y MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA 1033

210 **FUNCIONES DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL APOYO A DOMICILIO**
BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ, ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA, MONTSERRAT MERLO ROMERO, NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ Y MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA **1037**

211 **CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE EL AUTOCLAVE Y LOS PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN**
BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ, ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA, MONTSERRAT MERLO ROMERO, NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ Y MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA **1041**

212 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA, ELENA DEL HORNO DIAZ, PAULA SÁNCHEZ PARIS, MARIA EVA GARCIA HERAS Y MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ **1045**

213 **CONOCIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y SOPORTE VITAL BÁSICO**
Mª DEL MAR MONTERO SANCHEZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS, MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS, ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ **1049**

214 **LA OXIGENOTERAPIA Y SUS ENFERMEDADES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS, Mª DEL MAR MONTERO SANCHEZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS, ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ **1053**

215 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE TERMINAL**
ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA, Mª DEL MAR MONTERO SANCHEZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS, MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS Y MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ **1059**

216 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA CORRECTA ACTUACIÓN CON PACIENTES QUE PRESENTAN HEMORRAGIAS
MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA, ELENA DEL HORNO DIAZ, PAULA SÁNCHEZ PARIS, MARIA EVA GARCIA HERAS Y MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ 1065

217 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS
MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA, ELENA DEL HORNO DIAZ, PAULA SÁNCHEZ PARIS, MARIA EVA GARCIA HERAS Y MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ 1069

218 LOS CAMBIOS FÍSICOS DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS QUIRÚRGICOS
MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ, FRANCISCA SORIANO RAMOS, AMPARO MARCHENA MELGAREJO, JULITA MARCHENA MELGAREJO Y INES GARCIA CABAÑERO 1073

219 LOS TIPOS DE DRENAJES Y SUS CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN ENFERMERÍA DENTRO DE SUS FUNCIONES EN LA ELIMINACIÓN
MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ, FRANCISCA SORIANO RAMOS, AMPARO MARCHENA MELGAREJO, JULITA MARCHENA MELGAREJO Y INES GARCIA CABAÑERO 1079

220 LOS CUIDADOS DE LA BOCA EN UN PACIENTE INTUBADO
MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ, FRANCISCA SORIANO RAMOS, AMPARO MARCHENA MELGAREJO, JULITA MARCHENA MELGAREJO Y INES GARCIA CABAÑERO 1083

221 FUNCIONES Y ACTUACIONES DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS
NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1089

222 FACTORES DE RIESGO, CODIGO ICTUS. FUNCIONES DEL TCAE
BETHSABÉ DIAZ FIDALGO 1093

223 CÓMO REALIZAR UNA EVALUCION INICIAL DEL PACIENTE
VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, CINTIA DEL HOYO DELGADO, ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES, ROCIO ARAQUE JUAREZ Y TERESA TRUJILLO GARCIA 1099

224 CÓMO ACTUAR ANTE DIFERENTES TIPOS DE INTOXICACIONES.
VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, CINTIA DEL HOYO DELGADO, ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES, ROCIO ARAQUE JUAREZ Y TERESA TRUJILLO GARCIA 1103

225 QUE SON LAS CONVULSIONES .CAUSAS Y ACTUACIÓN.
VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, CINTIA DEL HOYO DELGADO, ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES, ROCIO ARAQUE JUAREZ Y TERESA TRUJILLO GARCIA 1107

226 EL TRABAJO EN LA PLANTA HOSPITALARIA DESDE EL TCAE.
ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES, VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, TERESA TRUJILLO GARCIA, ROCIO ARAQUE JUAREZ Y CINTIA DEL HOYO DELGADO 1111

227 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVCIO DE NEONATOLOGÍA
ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES, VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, ROCIO ARAQUE JUAREZ, TERESA TRUJILLO GARCIA Y CINTIA DEL HOYO DELGADO 1115

228 HIGIENE Y ARREGLO EN EL PACIENTE CON DEMENCIA (DIRIGIDO TCAE)
CELIA CEDILLO PERALES, SARA LERIA BITO Y ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ 1119

229 TÉCNICAS PARA EL CUIDADO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN EL PACIENTE (DIRIGIDO A TCAE)
CELIA CEDILLO PERALES, SARA LERIA BITO Y ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ 1125

230 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN OXIGENOTERAPIA
MONSERRAT LOPEZ GARCÍA, MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ, INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA, MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR Y BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS 1129

231 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) : EUTANASIA VS SEDACIÓN
MONSERRAT LOPEZ GARCÍA, MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ, INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA, MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR Y BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS 1133

232 CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA CORRECTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MONSERRAT LOPEZ GARCÍA, MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ, INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA, MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR Y BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS 1139

233 INSTRUCCIONES EN LA TÉCNICA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL PACIENTE (DIRIGIDO A TCAE)
SARA LERIA BITO, CELIA CEDILLO PERALES Y ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ 1143

234 MUESTRA DE UN CASO EN CAÍDA DE ANCIANOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LUCIANO GALERA MARTINEZ, MIGUEL ÁLVAREZ COLETO, YOLANDA MAESTRO PRIETO, REGINA ARNAO GARCÍA Y SARA SEVILLA SERRANO 1147

235 EL CONOCIMIENTO EN ZONAS O ÁREAS RADIOLÓGICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MIGUEL ÁLVAREZ COLETO, LUCIANO GALERA MARTINEZ, YOLANDA MAESTRO PRIETO, REGINA ARNAO GARCÍA Y SARA SEVILLA SERRANO 1151

236 **RECOMENDACIONES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE**
YOLANDA MAESTRO PRIETO, LUCIANO GALERA MARTINEZ, MIGUEL ÁLVAREZ COLETO, REGINA ARNAO GARCÍA Y SARA SEVILLA SERRANO **1155**

237 **FUNCIONES DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**
ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES, VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, TERESA TRUJILLO GARCIA, ROCIO ARAQUE JUAREZ Y CINTIA DEL HOYO DELGADO **1159**

238 **AFECTACIÓN DE MEDULA ESPINAL MUESTRA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANGELINES DEL MAZO SARRO, ALEJANDRA MARTÍN PINILLA, RAQUEL GONZÁLEZ PLATA, ANA VANESSA SANCHEZ URBINA Y NOELIA ALONSO FRECHOSO **1163**

239 **ELEMENTOS INFLUYENTES EN LOS CASOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALEJANDRA MARTÍN PINILLA, ANGELINES DEL MAZO SARRO, RAQUEL GONZÁLEZ PLATA, ANA VANESSA SANCHEZ URBINA Y NOELIA ALONSO FRECHOSO **1167**

240 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN**
MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA, MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS, MARIA PILAR GONZALEZ CALERO, MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS Y MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER **1171**

241 **TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA FUNCIONES HACIA AL ENFERMO DIALIZADO**
RAQUEL GONZÁLEZ PLATA, ANGELINES DEL MAZO SARRO, ALEJANDRA MARTÍN PINILLA, ANA VANESSA SANCHEZ URBINA Y NOELIA ALONSO FRECHOSO **1175**

242 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA, MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS, MARIA PILAR GONZALEZ CALERO, MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS Y MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER 1179

243 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS PALEATIVOS
MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA, MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS, MARIA PILAR GONZALEZ CALERO, MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS Y MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER 1183

244 LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS
ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU, MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO Y VANESA INIESTA PULIDO 1187

245 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PARITORIO
ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ, JENIFER CONDE VALENCIA, BEATRIZ CABALLERO GARCÍA, AMADA SANCHEZ SANCHEZ Y ESTEFANIA DÍAZ LOZANO 1191

246 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ, JENIFER CONDE VALENCIA, BEATRIZ CABALLERO GARCÍA, AMADA SANCHEZ SANCHEZ Y ESTEFANIA DÍAZ LOZANO 1195

247 LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y HOSPITALIZACION, ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ, JENIFER CONDE VALENCIA, BEATRIZ CABALLERO GARCÍA, AMADA SANCHEZ SANCHEZ Y ESTEFANIA DÍAZ LOZANO 1199

248 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE ANTE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS
ALMUDENA ZAMORA LÓPEZ 1203

249 **FUNCIONES DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL AREA DE QUIRÓFANO**
ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ, MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION, MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ, MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS Y CONCEPCION GARCIA TOMAS **1207**

250 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**
ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ, MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION, MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ, MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS Y CONCEPCION GARCIA TOMAS **1211**

251 **CUIDADOS PALIATIVOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ, MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION, MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ, MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS Y CONCEPCION GARCIA TOMAS **1215**

252 **EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES**
ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO, ALMUDENA BETETA RUBIO, IVÁN GONZÁLEZ CANO, LUISA MARIA RONCERO TOLEDO Y MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON **1219**

253 **EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS EN PACIENTE CON COLOSTOMIA**
ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO, ALMUDENA BETETA RUBIO, IVÁN GONZÁLEZ CANO, LUISA MARIA RONCERO TOLEDO Y MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON **1223**

254 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS TRAUMATISMOS EN LAS EXTREMIDADES**
ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO, ALMUDENA BETETA RUBIO, IVÁN GONZÁLEZ CANO, LUISA MARIA RONCERO TOLEDO Y MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON **1227**

255 **EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGICO/ PEDIATRICO**
RUS MARÍA SAIZ ZARCO, MARIA VICENTA TUREGANO MARTINEZ, PALOMA GARCIA LOPEZ, ANGELES VERDEJO LOPEZ Y REBECCA DEBORAH AGUILAR MARTÍNEZ 1231

256 **PRIMEROS AUXILIOS EN CENTROS EDUCATIVOS**
MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO Y VANESA INIESTA PULIDO 1235

257 **EL TECNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES EN CASOS DE ANAFILAXIA**
ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA, PAOLA LORENZO GALDÓN, ROCIO SANTIAGO BERNABÉ, MARÍA LÒPEZ REOLID Y INES JIMENEZ CEBRIAN 1239

258 **EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES EN CONSULTAS EXTERNAS**
ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA, PAOLA LORENZO GALDÓN, ROCIO SANTIAGO BERNABÉ, MARÍA LÒPEZ REOLID Y INES JIMENEZ CEBRIAN 1245

259 **EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL SINCOPE**
ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA, PAOLA LORENZO GALDÓN, ROCIO SANTIAGO BERNABÉ, MARÍA LÒPEZ REOLID Y INES JIMENEZ CEBRIAN 1249

260 **LAS MUESTRAS POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ, INMACULADA MONTOYA LOPEZ, CRISTINA GONZALEZ AMAT, ROCIO PRIETO RUBIO Y ANA BELEN LARA ARAQUE 1253

261 **LA MEDICACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA**
FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ, INMACULADA MONTOYA LOPEZ, CRISTINA GONZALEZ AMAT, ROCIO PRIETO RUBIO Y ANA BELEN LARA ARAQUE 1259

262 LAS UNIDADES DE ESTERILIZACIÓN: UNA FUNCIÓN DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ, INMACULADA MONTOYA LOPEZ, CRISTINA GONZALEZ AMAT, ROCIO PRIETO RUBIO Y ANA BELEN LARA ARAQUE 1263

263 LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y EL RASURADO, DESEMPEÑO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES 1269

264 EL TCE. HERIDAS QUIRÚRGICAS, PLAN DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA
CRISTINA MOHEDANO CASTILLO, ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ Y IRENE ESPINOSA ESCRIBANO 1273

265 EL TCE ANTE LAS FRACTURAS DE CADERA. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERIA
ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ, CRISTINA MOHEDANO CASTILLO Y IRENE ESPINOSA ESCRIBANO 1277

266 INTERVENCIÓN DEL TCAE EN PACIENTES CON QUEMADURAS
CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ, MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ Y PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN 1281

267 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ALGÚN MIEMBRO LUXADO
PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN, CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ Y MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ 1285

268 URGENCIAS EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS
MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ, PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN Y CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ 1289

269 EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA.
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ, MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ Y GEMA CUARTERO ESCARABAJAL 1293

270 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) EN LA PREPARACIÓN DE UNA PERICARDIOCENTESIS. CUIDADOS Y GENERALIDADES
ELENA CALVO CUERPO, SORAYA ÁLVAREZ LILLO Y ALMUDENA ALVAREZ LILLO 1299

271 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
MARIA GONZÁLEZ REVUELTA, NURIA CORTA SALAS Y EVA GONZALEZ LUNA 1305

272 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCE) EN TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS Y EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
IRENE ESPINOSA ESCRIBANO, ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ Y CRISTINA MOHEDANO CASTILLO 1309

273 CONCEPTOS CLAVE DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DIRIGIDOS AL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
IRENE IZQUIERDO MURILLO, ROCÍO MORA GUÍO, FABIOLA TORRES TOLEDO, ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ Y MILAGROS MUÑOZ MARTIN 1313

274 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
IRENE IZQUIERDO MURILLO, ROCÍO MORA GUÍO, FABIOLA TORRES TOLEDO, ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ Y MILAGROS MUÑOZ MARTIN 1317

275 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE ORINA DEL LACTANTE
ROCÍO MORA GUÍO, FABIOLA TORRES TOLEDO, ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ, MILAGROS MUÑOZ MARTIN Y IRENE IZQUIERDO MURILLO 1325

276 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON DEMENCIA
ALICIA VELA MONTERO, MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS, M.LLANOS APARICIO JIMENEZ, MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY Y MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ 1329

277 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD EN LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL
ALICIA VELA MONTERO, MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS, M.LLANOS APARICIO JIMENEZ, MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY Y MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ 1333

278 ENSEÑANZA SANITARIA A UNA GESTANTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
LOURDES MAURELO LAGUNA, ROCIO RODRIGO ARENAS, ROSA VERDEJO FERNANDEZ, MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ Y BEATRIZ VELASCO TORIBIO 1337

279 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SÍNTOMAS Y SIGNOS EN PACIENTE GERIÁTRICO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
LOURDES MAURELO LAGUNA, ROCIO RODRIGO ARENAS, ROSA VERDEJO FERNANDEZ, MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ Y BEATRIZ VELASCO TORIBIO 1341

280 CONOCIMIENTOS BASICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN
LOURDES MAURELO LAGUNA, ROCIO RODRIGO ARENAS, ROSA VERDEJO FERNANDEZ, MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ Y BEATRIZ VELASCO TORIBIO 1345

281 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA
ALMUDENA ALVAREZ LILLO, SORAYA ÁLVAREZ LILLO Y ELENA CALVO CUERPO 1349

282 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) ANTE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NEUMOTORAX
SORAYA ÁLVAREZ LILLO, ALMUDENA ALVAREZ LILLO Y ELENA CALVO CUERPO 1353

283 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS INDICADORES DE SALUD
ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS, MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ Y LAURA MARZO CHECA 1357

284 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA VALORACIÓN Y GESTIÓN DE EXISTENCIAS EN EL ALMACÉN
ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS, LAURA MARZO CHECA Y MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ 1361

285 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE BÁSICA DEL PACIENTE: CUIDADOS DE PRÓTESIS Y ORTODONCIAS
ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS, MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ Y LAURA MARZO CHECA 1365

286 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL
MARÍA CIELO PÉREZ VELASCO, MARÍA ELENA ORDIERES CABRA, ROSA ANA GARCÍA GONZÁLEZ, CONCEPCION CUESTA GARCÍA Y MARIA DEL CARMEN GONZALEZ 1369

287 EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE UN ICTUS
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ, MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ, MARINA MUÑOZ ABELLÁN Y GEMA CUARTERO ESCARABAJAL 1373

288 EL PAPEL DEL TCAE EN URGENCIAS TRAS UN CUERPO EXTRAÑO EN LA VÍA AÉREA
LILIANA LOZANO HERRERO, AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA, ALMUDENA LOZANO HERRERO, LAURA SANCHEZ TANTE Y CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ 1377

289 LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ, AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA, LAURA SANCHEZ TANTE, ALMUDENA LOZANO HERRERO Y LILIANA LOZANO HERRERO 1381

290 EL T.C.A.E Y EL CARRO DE PARADA
AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA, ALMUDENA LOZANO HERRERO, LILIANA LOZANO HERRERO, CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ Y LAURA SANCHEZ TANTE 1385

291 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
ALMUDENA LOZANO HERRERO, LILIANA LOZANO HERRERO, AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA, CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ Y LAURA SANCHEZ TANTE 1391

292 LA SALA DE URGENCIAS O EMERGENCIAS EN EL INTERIOR DEL PERSONAL Y ALGUNAS DE LAS FUNCIONES DEL TCAE
SUSANA MARTINEZ GONZALEZ 1395

293 FUNCIONES DEL TCAE EN UCI
MARÍA SOLEDAD SEQUERA TUBILLA 1399

294 LAS TEMIDAS BRONQUIOLITIS
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ, MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ Y GEMA CUARTERO ESCARABAJAL 1403

295 RECOMENDACIONES Y PLAN DE CUIDADOS FISIOTERAPÉUTICOS EN EL PACIENTE AFECTADO POR COVID-19
MARÍA JOSÉ BLAS SOTO, ANA LORENZO ALFARO Y RAÚL SÁNCHEZ GIL 1407

296 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL DOLOR DORSO-LUMBAR POR ENFERMEDAD DE FORESTIER
ANA LORENZO ALFARO, RAÚL SÁNCHEZ GIL Y MARÍA JOSÉ BLAS SOTO 1411

297 FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA Y EJERCICIO TERAPÉUTICO
RAÚL SÁNCHEZ GIL, MARÍA JOSÉ BLAS SOTO Y ANA LORENZO ALFARO 1415

298 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LESIÓN MEDULAR TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO. CASO CLÍNICO
EVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ 1419

299 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN NEURALGIA POSTHERPÉTICA. CASO CLÍNICO
EVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ 1425

300 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LESIONES DE RODILLA TRAS ATROPELLO. CASO CLÍNICO
EVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ 1429

301 FISIOTERAPIA EN EL MIELOMENINGOCELE
SUSANA PUENTE CANALEJAS, PEDRO REDONDO RODENAS, ISABEL ALARCÓN ORTEGA, SILVIA GUILLAMÓN TORNERO Y MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO 1435

302 FISIOTERAPIA EN LA ESPONDILOARTROSIS
SUSANA PUENTE CANALEJAS, PEDRO REDONDO RODENAS, ISABEL ALARCÓN ORTEGA, SILVIA GUILLAMÓN TORNERO Y MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO 1443

303 FISIOTERAPIA Y SU IMPORTANCIA EN LOS ESGUINCES DE TOBILLO
SUSANA PUENTE CANALEJAS, PEDRO REDONDO RODENAS, ISABEL ALARCÓN ORTEGA, SILVIA GUILLAMÓN TORNERO Y MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO 1447

304 LA FISIOTERAPIA Y SU TRABAJO EN LOS BEBES QUE PADECEN PROBLEMAS DE COLICOS
INMACULADA JIMÉNEZ MORENO, EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ Y JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ 1451

305 FISIOTERAPIA ANTE EL DOLOR LUMBAR POR ENFERMEDAD
INMACULADA JIMÉNEZ MORENO, EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ Y JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ 1457

306 FISIOTERAPIA ANTE LOS MAREOS QUE PADECEN LOS PACIENTES DE ORIGEN CERVICAL
INMACULADA JIMÉNEZ MORENO, EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ Y JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ 1461

307 VALORACIÓN FISIOTERÁPICA DEL LINFEDEMA
MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ, CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ, VERÓNICA GAMERO MORAGÓN, CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL Y MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ 1465

308 EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ, MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ, CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ, VERÓNICA GAMERO MORAGÓN Y CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL 1471

309 PROGRAMAS TELEMÁTICOS DE FISIOTERAPIA PARA LA REHABILITACIÓN DE LA ARTROSIS DE RODILLA EN EL DOMICILIO
MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ, MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ, CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ, VERÓNICA GAMERO MORAGÓN Y CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL 1477

310 FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO
LAURA FUENTE GARCÍA, JORGE BALLESTEROS FRUTOS, FRANCISCO FUENTES ROSA, JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO Y ARANZAZU DORADO BURGOS 1485

311 **SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO Y FISIOTERAPIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
JUAN DÍAZ LORENZO, FERNANDO ARIAS GOMEZ, YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ Y CORTES ARENAS DEL SALTO **1493**

312 **FRACTURA PERTROCANTÉREA EN PACIENTE GERIÁTRICO. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA**
JUAN DÍAZ LORENZO, FERNANDO ARIAS GOMEZ, YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ Y CORTES ARENAS DEL SALTO **1499**

313 **FISIOTERAPIA: EDUCANDO EN EL POSTPARTO**
JUAN DÍAZ LORENZO, FERNANDO ARIAS GOMEZ, YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ Y CORTES ARENAS DEL SALTO **1505**

314 **FISIOTERAPIA EN SÍNDROME DE DOWN: UN CASO CLÍNICO**
ARANZAZU DORADO BURGOS, LAURA FUENTE GARCÍA, JORGE BALLESTEROS FRUTOS, FRANCISCO FUENTES ROSA Y JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO **1509**

315 **ABORDAJE DE FISIOTERAPIA DE LA ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (LCA) DE RODILLA**
JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO, ARANZAZU DORADO BURGOS, LAURA FUENTE GARCÍA, JORGE BALLESTEROS FRUTOS Y FRANCISCO FUENTES ROSA **1515**

316 **EL FISIOTERAPEUTA ANTE UN POLITRAUMATISMO**
INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO, CRISTINA GÓMEZ BERRACO, MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN Y ALBA ROJO DEL CAMPO **1521**

317 **EL FISIOTERAPEUTA EN LA INTERVENCIÓN EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN, CRISTINA GÓMEZ BERRACO, ALBA ROJO DEL CAMPO Y ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO **1525**

318 EL FISIOTERAPEUTA EN LA RECUPERACIÓN EN REHABILITACIÓN DE UNA LUMBALGIA
INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ALBA ROJO DEL CAMPO, ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO, MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN Y CRISTINA GÓMEZ BERRACO 1529

319 RADIOLOGÍA PORTÁTIL
FELIX VILLAFRANCA CASANOVES, JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ Y REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA 1533

320 ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL ABDOMEN
FELIX VILLAFRANCA CASANOVES, JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ Y REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA 1537

321 MEDICINA NUCLEAR
FELIX VILLAFRANCA CASANOVES, JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ Y REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA 1541

322 PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS EN EL ÁMBITO DE RADIODIAGNÓSTICO
PATRICIA NICIEZA PANIAGUA 1545

323 ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA UNA BUENA TÉCNICA EN UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX
PATRICIA NICIEZA PANIAGUA 1551

324 LAS CINCO DENSIDADES BÁSICAS DE UNA RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL
PATRICIA NICIEZA PANIAGUA 1555

325 INGESTA O ASPIRACION DE CUERPO EXTRAÑO EN EL PACIENTE PEDIATRICO. PLAN DE ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO
FÁTIMA MORO PULIDO, GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN Y ALBA GRUESO PEREZ 1559

326 DERRAME DE LIQUIDO EN OJOS EN UN LABORATORIO Y PRIMEROS AUXILIOS
RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA, JUDIT ORTEGA MARTÍN, PAULA CANO SANCHEZ, KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA Y VANESSA PORTILLO MAESTRE 1563

327 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA IMPORTANCIA DE LOS HEMOCULTIVOS EN LOS ANÁLISIS CLÍNICOS**
RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA, JUDIT ORTEGA MARTÍN, PAULA CANO SANCHEZ, KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA Y VANESSA PORTILLO MAESTRE 1567

328 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DE LA TUBERCULOSIS**
RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA, JUDIT ORTEGA MARTÍN, PAULA CANO SANCHEZ, KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA Y VANESSA PORTILLO MAESTRE 1571

329 **ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE ORINA**
SANDRA MARÍN YEPES, INÉS LOZANO MORENO, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA, GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES Y MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ 1575

330 **PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE MALARIA**
SANDRA MARÍN YEPES, INÉS LOZANO MORENO, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA, GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES Y MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ 1579

331 **PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS EN ORINA DE S.PNEUMONIAE Y L.PNEUMOPHILA**
SANDRA MARÍN YEPES, INÉS LOZANO MORENO, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA, GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES Y MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ 1583

332 **CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA**
SILVIA LLANEZA SECADES 1587

333 **COPROCULTIVO. PROCEDIMIENTOS Y FINALIDAD**
ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ, MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA, M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO, EVA TRUJILLO UTRILLA Y LEIDY LORENA RAMOS SILVA 1591

334 LABORATORIO DE HEMATOLOGIA; HEMOGRAMA COMPLETO Y PELICULA DE SANGRE.
ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ, MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA, M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO, EVA TRUJILLO UTRILLA Y LEIDY LORENA RAMOS SILVA 1595

335 UROCULTIVO: QUÉ ES, CÓMO SE HACE Y QUÉ RESULTADOS TIENE
ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ, MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA, M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO, EVA TRUJILLO UTRILLA Y LEIDY LORENA RAMOS SILVA 1599

336 EL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO
JUAN LUIS PALOMO GARCIA, LUISA ISABEL PIMENTEL PINTO, JESSICA LUNA IGLESIAS, ESTEFANIA MARTÍNEZ GARCÍA Y SONIA MARIA GARCÍA ABEIJON 1603

337 IMPORTANCIA Y VARIACIONES DE LA OXIGENACIÓN EN PACIENTES COVID-19. VALORACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE OXIGENO/ HEMOGLOBINA
MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA, MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA, MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDA, MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA Y MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA 1607

338 EFICACIA DIAGNOSTICA DE LA PAAF EN LA PATOLOGIA TIROIDEA
SONIA LEÓN HERRAEZ, IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR Y PILAR MARIA RODERO RONCERO 1613

339 VALORACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN URGENCIAS Y LA PROCALCITONINA. INDICE PCR/PCT.
MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA, MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA, MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDA, MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA Y MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA 1619

340 VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS TEST DE DROGAS DE ABUSO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. OBSERVACION DE LAS VARIACIONES EN EL CONSUMO.
MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA, MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA, MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDA, MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA Y MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA 1623

341 CITOMEGALOVIRUS O VIRUS DE EPSTEIN-BAAR
RAQUEL MORENO GONZÁLEZ, PILAR NAVARRO GALIANA, MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ, GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ Y JOSE ANGEL GARCIA CUBERO 1627

342 VIRUS VARICELA-ZOSTER
RAQUEL MORENO GONZÁLEZ, PILAR NAVARRO GALIANA, MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ, GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ Y JOSE ANGEL GARCIA CUBERO 1631

343 NEUMONIAS NOSOCOMIALES EN LOS PACIENTES INTUBADOS QUE PRECISAN DE VENTILACION MECANICA. DIAGNOSTICO Y TECNICAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA.
JOSE ANGEL GARCIA CUBERO, RAQUEL MORENO GONZÁLEZ, PILAR NAVARRO GALIANA, MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ Y GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ 1635

344 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA DETECCIÓN ANALÍTICA DE CASOS POR ADICCIONES A LAS DROGAS
CARLOS PAVON SOTOMAYOR Y JUAN MORENO GARCIA 1641

345 LA DETECCIÓN DE CASOS POR INFECCIÓN DEL VPH A TRAVÉS DE ESTUDIOS ANALÍTICOS Y MICROBIOLÓGICOS LLEVADOS A CABO POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO CLÍNICO
CARLOS PAVON SOTOMAYOR Y JUAN MORENO GARCIA 1645

346 EL ESTUDIO DE CASOS PROVOCADOS POR UNA ENFERMEDAD QUE SE DENOMINA ONICOMICOSIS PONIENDO EN PRÁCTICA TÉCNICAS DE CULTIVO MICROBIOLÓGICO POR EL PERSONAL TÉCNICO DE LABORATORIO
VIRGINIA MOLERO UREÑA Y JUAN MORENO GARCIA 1649

347 LA APOROFOBIA, EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UN HOSPITAL
MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, LAURA BUSTOS BOTIJA, CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ Y MARÍA BERMÚDEZ SORIANO **1653**

348 LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN LOS HOSPITALES, UNA ADECUADA ATENCIÓN AL PACIENTE
MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, LAURA BUSTOS BOTIJA, CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ Y MARÍA BERMÚDEZ SORIANO **1657**

349 LA VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN DE REFUGIADOS Y LA LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL
MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, LAURA BUSTOS BOTIJA, CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ Y MARÍA BERMÚDEZ SORIANO **1661**

350 ACCIDENTE DE MOTO CON TASA ALTA DE ALCOHOL EN BOX DE URGENCIAS
IRENE PEREZ PEREZ, FATIMA MOHAMED SEDIK, CAROLINA MORENO BAUTISTA Y GEMA ALEMAN CASTILLO **1665**

351 POSIBLE PANCREATITIS QUE TERMINA EN CANCERY EL TEL
IRENE PEREZ PEREZ, GEMA ALEMAN CASTILLO, CAROLINA MORENO BAUTISTA Y FATIMA MOHAMED SEDIK **1669**

352 LA FRACTURA DE CADERA
ANA VANESA SOUTO PRIETO, MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO, MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA, JULIA CABEZA LANCHAS Y ANA DEL SAZ BERNAL **1673**

353 FRACTURA DE COLLES
MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO, ANA VANESA SOUTO PRIETO, MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA, JULIA CABEZA LANCHAS Y ANA DEL SAZ BERNAL **1677**

354 TERAPIA OCUPACIONAL EN LA DISCAPACIDAD VISUAL
SILVIA CUPIDO ESCALONILLA, MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA Y MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ **1681**

355 **MAMOGRAGÍA, ESTUDIOS MAMOGRÁFICOS Y LA IMPORTANCIA DE LA REALIZCIÓN TEMPRANA DE LA MAMOGRAFÍA**
CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ, LAURA AINSA MANJABACAS Y JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN **1685**

356 **EL PACIENTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO Y LA APLICACIÓN DE LOS RAYOS X PARA EL DIAGNÓSTICO**
JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN, CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ Y LAURA AINSA MANJABACAS **1689**

357 **HALLAZGOS RADIOLÓGICOS AGUDOS SOBRE LOS QUE DAR AVISO**
GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN, FÁTIMA MORO PULIDO Y ALBA GRUESO PEREZ **1693**

358 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y SU PAPEL EN LA DETERMINACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS**
ANA LÓPEZ VELASCO, SONIA GARCÍA GONZÁLEZ, MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ, YANIRA SALINERO ESCOBAR Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ **1701**

359 **FRACTURAS EN TALLO VERDE**
JULIA CABEZA LANCHAS, ANA VANESA SOUTO PRIETO, MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA, MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO Y ANA DEL SAZ BERNAL **1707**

360 **EL TECNICO DE LABORATORIO Y SU PAPEL EN LA DETERMINACIÓN DE PORFOBILINÓGENO EN ORINA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS.**
ANA LÓPEZ VELASCO, SONIA GARCÍA GONZÁLEZ, MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ, YANIRA SALINERO ESCOBAR Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ **1713**

361 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y SU PAPEL EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE VIH EN EL LABORATORIO.**
ANA LÓPEZ VELASCO, SONIA GARCÍA GONZÁLEZ, MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ, YANIRA SALINERO ESCOBAR Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ **1717**

362 PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: SITUACIONES DE RIESGO VITAL QUE AFECTAN AL APARATO RESPIRATORIO
DANIEL GARCÍA GARCÍA 1723

363 HER2 EN EL CANCER DE MAMA
PILAR MARIA RODERO RONCERO, SONIA LEÓN HERRAEZ Y IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR 1727

364 CIRUGÍA DE MOHS
PILAR MARIA RODERO RONCERO, SONIA LEÓN HERRAEZ Y IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR 1731

365 AVANCES EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
ALBA GRUESO PEREZ, FÁTIMA MORO PULIDO Y GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN 1735

366 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL TECNICO DE RADIODIAGNOSTICO ANTE UN CASO DE ICTUS CARDIOEMBOLICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
NEREA ALVAREZ PICOS Y SILVIA DEL CAMPO ÁLVAREZ 1739

367 NEUROMA DE MORTON POR RESONANCIA MAGNETICA Y EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO
MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ, ANDREA ROMERO PARADA, ISABEL ROMERO RODRIGUEZ, CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO Y BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE 1745

368 EL DIAGNÓSTICO DEL ICTUS MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA Y EL TÉCNICO DE RAYOS
MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ, CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO, BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE, ANDREA ROMERO PARADA Y ISABEL ROMERO RODRIGUEZ 1749

369 EL QUIRÓFANO Y EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL RADIODIAGNÓSTICO
MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ, ANDREA ROMERO PARADA, ISABEL ROMERO RODRIGUEZ, CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO Y BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE 1753

370 **ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA A MICROTOMÍA**
PATRICIA RAMOS MIRANDA, CRISTINA RAMIREZ ALONSO, BEATRIZ ESCUDERO TEJERA, JESUS ALARCON SERRANO Y SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE 1757

371 **ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LAS MATRICES DE TEJIDO PARA OPTIMIZAR ANTICUERPOS**
PATRICIA RAMOS MIRANDA, CRISTINA RAMIREZ ALONSO, BEATRIZ ESCUDERO TEJERA, JESUS ALARCON SERRANO Y SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE 1761

372 **RIESGOS BIOLÓGICOS PARA EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
PATRICIA RAMOS MIRANDA, CRISTINA RAMIREZ ALONSO, BEATRIZ ESCUDERO TEJERA, JESUS ALARCON SERRANO Y SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE 1767

373 **EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO (TEL) Y EL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS**
CAROLINA MORENO BAUTISTA, FATIMA MOHAMED SEDIK, IRENE PEREZ PEREZ Y GEMA ALEMAN CASTILLO 1773

374 **DETERMINACIÓN DE AMONIO EN SANGRE EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA**
MICAELA ELENA MANZAT VERINCA, CLAUDIA GARCÍA GARCÍA Y DANIEL PEÓN MARTINEZ 1777

375 **DETERMINACIÓN Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS A VALORES ALTOS DEL ENZIMA ALANINA AMINO TRANSFERASA EN EL LABORATORIO DE RESPUESTA RÁPIDA**
ELENA LLAMAS COSTALES Y ANA BELEN COLODRON IGLESIAS 1783

376 **LA DOSIMETRÍA RADIOLÓGICA COMO MEDIDA DE PROTECCIÓN**
LAURA AINSA MANJABACAS, JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN Y CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ 1787

377 PAPEL DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO EN LA VERTEBROPLASTIA Y CIFOPLASTIA PERCUTÁNEAS
MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO, VERONICA MARTINEZ MARTINEZ, HERMINIA GOMEZ GOMEZ Y ANA MARIA BIELSA SANCHEZ 1791

378 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL TRABAJO DE TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR
MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO, VERONICA MARTINEZ MARTINEZ, HERMINIA GOMEZ GOMEZ Y ANA MARIA BIELSA SANCHEZ 1795

379 PROYECCIONES ADECUADAS POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO ANTE UNA FRACTURA DE HUESOS EN PACIENTE GERIÁTRICO
MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO, VERONICA MARTINEZ MARTINEZ, HERMINIA GOMEZ GOMEZ Y ANA MARIA BIELSA SANCHEZ 1799

380 EL TÉCNICO DE RAYOS EN RADIOLOGÍA CON PACIENTES EN EDAD INFANTIL
MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ, MARÍA CEBRIÁN DÍAZ, PILAR CALLEJA BUZÓN, MERCEDES NAVARRO GARRIDO Y ANA ROSA PALACIOS ROZALEN 1803

381 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA RADIOGRAFÍA (RX) DE TÓRAX COMO PROTOCOLO ANTES DE OPERAR
MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ, MARÍA CEBRIÁN DÍAZ, PILAR CALLEJA BUZÓN, MERCEDES NAVARRO GARRIDO Y ANA ROSA PALACIOS ROZALEN 1807

382 RADIOLOGÍA SIMPLE CON PACIENTES PEDIÁTRICOS
LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ Y REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ 1811

383 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LOS AVANCES TECNOLÓGICOS
VERÓNICA OCAÑA PARADA, IRENE GIRÓN CANO, GONZALO VÁZQUEZ QUILES, ANA MARIA PERTA HOGNOGIU Y JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO 1815

384 TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL DESARROLLO DEL ANÁLISIS LEUCOCITARIO
VERÓNICA OCAÑA PARADA, IRENE GIRÓN CANO, GONZALO VÁZQUEZ QUILES, ANA MARIA PERTA HOGNOGIU Y JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO 1819

385 PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES COVID-19 A TRAVÉS DE LA RADIOGRAFIA DE TÓRAX EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
YOLANDA FERNÁNDEZ BUSTO 1825

386 CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE EMBARAZADA MEDIANTE ECOGRAFÍA
YOLANDA FERNÁNDEZ BUSTO 1829

387 EL TRABAJADOR SOCIAL: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO Y MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS 1833

388 FUNCIONAMIENTO DEL RIÑÓN
PILAR COBO MORA, M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, FADWA DAKI BOUJNANE, SUSANA MELLADO VALERO Y CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS 1837

389 DETECCIÓN DE S.AUREUS EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO
PAULA CANO SANCHEZ 1841

390 ENFERMEDADES BACTERIANAS, MICÓTICAS, PARASITARIAS Y VIRICAS: DIAGNÓSTICO
PILAR COBO MORA, M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, SUSANA MELLADO VALERO, FADWA DAKI BOUJNANE Y CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS 1845

391 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN HIGIENE BUCODENTAL EN LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA
ALICIA DELGADO VALLEJO, SHEILA PADILLA NUÑEZ, ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ Y PATRICIA PADILLA MUÑOZ 1851

392 PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS
PILAR COBO MORA, M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, SUSANA MELLADO VALERO, FADWA DAKI BOUJNANE Y CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS 1855

393 TRANSPORTE, PREPARACION Y ANALISIS DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO
MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ 1859

394 EL TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y LA DETERMINACIÓN DEL HIERRO SÉRICO
SARA IGLESIAS ALVAREZ 1863

395 ADAPTACION DE LOS CENTROS DE TRABAJO A LA PANDEMIA
NURIA CASTIELLO 1867

396 EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS
MARÍA ISABEL MARTÍN SÁNCHEZ 1871

397 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ 1875

398 DISPOSICIÓN POR EL PINCHE DE COCINA EN LA SEGURIDAD DEL PRODUCTO FINAL PARA CONSUMO EN PACIENTES
AGUSTIN PULIDO RINCÓN, SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ, LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ, CRISTINA TOMILLO BENITA Y MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA 1879

399 CLASIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LAS QUEMADURAS EN COCINA POR EL PINCHE
SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ, AGUSTIN PULIDO RINCÓN, LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ, CRISTINA TOMILLO BENITA Y MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA 1883

400 HERIDAS Y LESIONES EN EL PINCHE ORIGINADAS DEL TRABAJO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ, AGUSTIN PULIDO RINCÓN, SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ, CRISTINA TOMILLO BENITA Y MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA 1887

401 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ **1891**

402 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
REBECA CANTELI RIVERA **1895**

403 SERVICIO DE FARMACIA Y EL DESEMPEÑO POR EL CELADOR
PABLO DÍAZ DE GRACIA, JULIO ARÉVALO CANO, CRISTINA ALONSO GUTIERREZ, MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA Y LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO **1901**

404 SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO EXPOSICIÓN Y MUESTRA POR EL CELADOR
JULIO ARÉVALO CANO, PABLO DÍAZ DE GRACIA, CRISTINA ALONSO GUTIERREZ, MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA Y LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO **1905**

405 EL ÁREA O UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA: EL PAPEL DEL CELADOR
CRISTINA ALONSO GUTIERREZ, PABLO DÍAZ DE GRACIA, JULIO ARÉVALO CANO, MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA Y LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO **1911**

406 TRABAJO SOCIAL SANITARIO: ANSIEDAD Y ESTRÉS POR COVID-19
CARMEN MARÍA GONZÁLEZ MOLERO **1915**

407 TÉCNICAS DE PLANCHADO POR EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
DOLORES LÓPEZ NAVARRETE, MARTA NAVARRO PÉREZ, MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO, SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ Y MILAGROS TEBAR PALACIOS **1921**

408 EL PLANCHADOR/A DE HOSPITALES Y LAS DIFICULTADES QUE PUEDEN PRESENTAR EL PROCESO EN LAS CALANDRAS
DOLORES LÓPEZ NAVARRETE, MARTA NAVARRO PÉREZ, MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO, SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ Y MILAGROS TEBAR PALACIOS **1925**

409 **EL PLANCHADOR/A DE LOS HOSPITALES Y LA ACTUACIÓN DE LAS FIBRAS TEXTILES FRENTE AL PLANCHADO**
DOLORES LÓPEZ NAVARRETE, MARTA NAVARRO PÉREZ, MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO, SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ Y MILAGROS TEBAR PALACIOS **1929**

410 **EL CELADOR EN LA PARTE DE PALIATIVOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ, GEMA ANTÓN GARRIDO, NATALIA SÁNCHEZ RICO, ROSARIO SOLER BALLESTEROS Y JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA **1933**

411 **SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) PARA EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ, JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA, GEMA ANTÓN GARRIDO, NATALIA SÁNCHEZ RICO Y ROSARIO SOLER BALLESTEROS **1937**

412 **EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS**
JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ, JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA, GEMA ANTÓN GARRIDO, NATALIA SÁNCHEZ RICO Y ROSARIO SOLER BALLESTEROS **1941**

413 **EL PINCHE DE COCINA DE UN HOSPITAL EN LA CADENA FRÍA**
BELEN TERCERO DOCON, MIRIAM BARBERO NAVARRO Y CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA **1945**

414 **EL CELADOR DE ALMACÉN**
ANTONIA TORRES FLORES, JUAN TRUJILLO PINTADO, EMILIA MORA TORRALBA, MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ Y CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ **1949**

415 **EL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA SOBRE EL PLATO TESTIGO Y LA RETIRADA DE RESIDUOS DE LA COCINA DE UN HOSPITAL**
CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA, BELEN TERCERO DOCON Y MIRIAM BARBERO NAVARRO **1953**

416 **RIESGOS DEL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA**
MIRIAM BARBERO NAVARRO, CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA Y BELEN TERCERO DOCON **1957**

417 EL CELADOR ANTE EL ASEO PERSONAL DEL PACIENTE
PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS, BEATRIZ RIGOTE MORENO, FERNANDO INFANTES ACEDO, MARIA JESUS FLORES MORAGA Y JOSE CARLOS LOSA SERNA **1961**

418 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y FUNCIONES DEL CELADOR
PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS, BEATRIZ RIGOTE MORENO, FERNANDO INFANTES ACEDO, MARIA JESUS FLORES MORAGA Y JOSE CARLOS LOSA SERNA **1965**

419 EL CELADOR EN QUIRÓFANO, ÁREAS QUIRÚRGICAS Y ZONAS DE CADA UNA DE ELLAS
PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS, BEATRIZ RIGOTE MORENO, FERNANDO INFANTES ACEDO, MARIA JESUS FLORES MORAGA Y JOSE CARLOS LOSA SERNA **1969**

420 ACOMODACIÓN DEL ENFERMO ENCAMADO DESCRIPCIÓN Y PAUTAS POR EL CELADOR
CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ, MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES, JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ, MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ Y ANA BELÉN VILLA MARTÍN **1973**

421 EL CELADOR Y LOS ENFERMOS ENCAMADOS EN LA UNIDAD DE UVI
MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES, CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ, JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ, MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ Y ANA BELÉN VILLA MARTÍN **1977**

422 PERÍODOS QUE SOPORTA EL ENFERMO INGRESADO EN PSIQUIATRÍA POR EL CELADOR
JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ, CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ, MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES, MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ Y ANA BELÉN VILLA MARTÍN **1981**

423 CONOCIMIENTOS Y ACTUALIZACIÓN DEL CELADOR EN PRIMEROS AUXILIOS
MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO, KENIA MARTÍN GÓMEZ, MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL, NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA Y MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ **1985**

424 **EL TRASLADO DEL PACIENTE REALIZADO POR EL CELADOR**
KENIA MARTÍN GÓMEZ, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO, MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL, NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA Y MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ **1991**

425 **EL CELADOR EN LA FUNCIÓN DE LA PREPARACIÓN DE LA ZONA CORPORAL EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**
MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO, KENIA MARTÍN GÓMEZ, NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA Y MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ **1995**

426 **EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES**
EMILIA MORA TORRALBA, MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ, CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ, ANTONIA TORRES FLORES Y JUAN TRUJILLO PINTADO **1999**

427 **EL CELADOR ENCARAGADO DE ACCESO DE PUERTA**
MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ, CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ, ANTONIA TORRES FLORES, JUAN TRUJILLO PINTADO Y EMILIA MORA TORRALBA **2003**

428 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**
MARGARITA MANZANEDO ROBLES, AGUSTINA GARCIA GARCIA, ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA, ISABEL SANCHEZ JUAN Y ARACELI SANCHEZ CALLEJAS **2007**

429 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERIA**
MARGARITA MANZANEDO ROBLES, AGUSTINA GARCIA GARCIA, ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA, ISABEL SANCHEZ JUAN Y ARACELI SANCHEZ CALLEJAS **2011**

430 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL. GESTIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD**
MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA, MARIA JOSE LABARRA PEREZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ, YOLANDA LEGANÉS VIANA Y AURORA LOPEZ LOPEZ **2015**

431 **EL CELADOR CON UN PACIENTE CARDÍACO DESDE SU INGRESO HASTA SU ALTA HOSPITALARIA**
ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO Y SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA **2019**

432 **CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES AISLADOS**
ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO Y SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA **2023**

433 **EL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO Y SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA **2027**

434 **COCINERO EN LA COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ, JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS, DANIEL HERVÁS RUIZ, PEDRO ROMERO PRADOS Y MARTA RODENAS PARRA **2031**

435 **DESCRIPCIÓN DE LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA POR EL COCINERO HOSPITALARIO**
MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ, JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS, DANIEL HERVÁS RUIZ, PEDRO ROMERO PRADOS Y MARTA RODENAS PARRA **2035**

436 **EL COCINERO EN EL EMPLATADO, TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN DE LOS ALIMENTOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ, JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS, DANIEL HERVÁS RUIZ, PEDRO ROMERO PRADOS Y MARTA RODENAS PARRA **2039**

437 **COMPROMISO DEL PERSONAL SANITARIO CON LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA**
JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA **2043**

438 **CONDUCTAS AGRESIVAS HACIA EL PERSONAL SANITARIO. AGRESIONES VERBALES, FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS**
JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA **2047**

439 **LA PROBLEMÁTICA DE LOS TURNOS EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD**
MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ, MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA, MARIA JOSE LABARRA PEREZ, YOLANDA LEGANÉS VIANA Y AURORA LOPEZ LOPEZ **2051**

440 **MUESTRA DE LA NECESIDAD DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO POR EL CELADOR**
ANDRÉS CABELLO PEÑAS, AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO, MONICA PEREZ RODRIGUEZ, ANTONIO CASAS TORRES Y MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ **2057**

441 **MUESTRA DEL DESEMPEÑO QUE EFECTÚA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS**
AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO, ANDRÉS CABELLO PEÑAS, MONICA PEREZ RODRIGUEZ, ANTONIO CASAS TORRES Y MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ **2061**

442 **MUESTRA POR EL CELADOR DE URGENCIAS DE LA ESTRUCTURACIÓN DEL SERVICIO**
MONICA PEREZ RODRIGUEZ, ANDRÉS CABELLO PEÑAS, AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO, ANTONIO CASAS TORRES Y MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ **2065**

443 **LA ASERTIVIDAD COMO FORMA DE MEJORA DE LAS RELACIONES DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ, DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN, SHEILA DIAZ MENENDEZ Y ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ **2069**

444 **CÓMO AFECTA EL BURNOUT A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO**
ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ, MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ, DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN Y SHEILA DIAZ MENENDEZ **2075**

445 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE UN PACIENTE DE LA PARTE DE CARDIOLOGÍA
PILAR POVEDA LÓPEZ, DANIEL MARTÍN MARTÍN, ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA Y PATRICIA OCHOA JIMENEZ 2081

446 EL CELADOR Y LOS TIPOS DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO, CARMEN GALLEGO LOPEZ, ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO, CRISTINA HIDALGO SIMARRO Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO 2085

447 LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO Y EL CELADOR
PILAR POVEDA LÓPEZ, DANIEL MARTÍN MARTÍN, ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA Y PATRICIA OCHOA JIMENEZ 2091

448 EL CELADOR Y SU COLABORACIÓN EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO, CARMEN GALLEGO LOPEZ, ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO, CRISTINA HIDALGO SIMARRO Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO 2095

449 EL CELADOR Y SU LABOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y EL MORTUORIO
ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO, CARMEN GALLEGO LOPEZ, ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO, CRISTINA HIDALGO SIMARRO Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO 2099

450 EL SERVICIO DE ALMACÉN EN CENTROS SANITARIOS Y EL CELADOR
PILAR POVEDA LÓPEZ, DANIEL MARTÍN MARTÍN, ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA Y PATRICIA OCHOA JIMENEZ 2103

451 TRABAJO SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y CATASTROFES
INES FERNANDEZ SUAREZ 2107

452 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD: HIGIENE POSTURAL: DOLENCIA DE ESPALDA
ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA, PAZ DÍAZ GONZÁLEZ Y RAQUEL GARRIDO PÉREZ 2111

453 ACTUACIÓN DE CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ, MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO, SILVIA COLETO MUÑOZ Y SARA GÓMEZ LÓPEZ 2115

454 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON DOLOR POSTQUIRÚRGICO
FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ, MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO, SILVIA COLETO MUÑOZ Y SARA GÓMEZ LÓPEZ 2119

455 EL CELADOR EN LA PLANTA GERIÁTRICA
FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ, MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO, SILVIA COLETO MUÑOZ Y SARA GÓMEZ LÓPEZ 2123

456 BENEFICIOS DE SER UNA PERSONA POLIFACÉTICO EN LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EVA RODEÑO PINACH, MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN, MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA, JULIA COLLADO LOPEZ Y DAVID GARCIA COLMENERO 2127

457 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TRAMITACIÓN DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL A MUTUALISTAS
EVA RODEÑO PINACH, MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN, MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA, JULIA COLLADO LOPEZ Y DAVID GARCIA COLMENERO 2131

458 AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y REGISTRO DEL PACIENTE QUE RECHAZA TRATAMIENTO MÉDICO
EVA RODEÑO PINACH, MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN, MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA, JULIA COLLADO LOPEZ Y DAVID GARCIA COLMENERO 2135

459 FUNCIONES DEL CELADOR AL SERVICIO DEL ÁREA DE QUIRÓFANO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA
MARÍA INÉS MESAS VALERA, SARA BALLESTEROS PINEDO Y MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ 2139

460 **EL CELADOR EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE LENCERÍA DE UN HOSPITAL**
SARA BALLESTEROS PINEDO, MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ Y MARÍA INÉS MESAS VALERA 2145

461 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y SARA BALLESTEROS PINEDO 2149

462 **ACTUACIONES DEL CELADOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA, ANA BELEN MARTINEZ JUAN, MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO, ARACELI GIL GONZALEZ Y JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA 2153

463 **EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA, ANA BELEN MARTINEZ JUAN, ARACELI GIL GONZALEZ, MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO Y JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA 2157

464 **ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA**
JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA, ANA BELEN MARTINEZ JUAN, MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO, ARACELI GIL GONZALEZ Y JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA 2161

465 **LA SEGURIDAD DEL ENFERMO EN LA ESFERA HOSPITALARIA POR EL CELADOR**
DIEGO ALONSO GONZÁLEZ, MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO, MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS, ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ Y PABLO DEL PINO CORROCHANO 2165

466 **EMERGENCIAS CON MÚLTIPLES VICTIMAS ORGANIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SOCORRO MUESTRAS POR EL CELADOR**
MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO, DIEGO ALONSO GONZÁLEZ, MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS, ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ Y PABLO DEL PINO CORROCHANO 2171

467 **EL CELADOR Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA**
JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ, NATALIA PLA CARRETERO, AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA Y MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA **2175**

468 **EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CAMILLA ELÉCTRICA CONVERTIBLE EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DE OFTALMOLOGÍA**
JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ, NATALIA PLA CARRETERO, AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA Y MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA **2179**

469 **EL CELADOR ANTE EL MOMENTO DEL PARTO CON CORONAVIRUS (COVID-19)**
JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ, NATALIA PLA CARRETERO, AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA Y MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA **2183**

470 **MUESTRA POR EL CELADOR DE INSEGURIDAD EN ELECTRICIDAD ESTÁTICA EN EL TRABAJO**
MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS, DIEGO ALONSO GONZÁLEZ, MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO, ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ Y PABLO DEL PINO CORROCHANO **2187**

471 **SELECCIÓN DEL PINCHE DE COCINA CON LOS CUCHILLOS PARA CORTAR LOS ALIMENTOS**
NOEMI MORENO RUBIO, CARLOS PAVON SOTOMAYOR, VIRGINIA MOLERO UREÑA, CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO Y MARIA OLGA RICO GOMEZ **2191**

472 **FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA**
NOEMI MORENO RUBIO, CARLOS PAVON SOTOMAYOR, VIRGINIA MOLERO UREÑA, CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO Y MARIA OLGA RICO GOMEZ **2195**

473 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA CON LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS**
NOEMI MORENO RUBIO, CARLOS PAVON SOTOMAYOR, VIRGINIA MOLERO UREÑA, CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO Y MARIA OLGA RICO GOMEZ **2199**

474 **LA ASERTIVIDAD COMO MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN EL SECTOR DE LA SANIDAD.**
PALOMA ARANGO LÓPEZ, LETICIA GONZALEZ GONZALEZ, ESTHER BIGOTES ARGÜELLES, MªJACQUELINE CACHERO ALVAREZ Y LORENA PADILLA MARTINEZ **2203**

475 **PRIMEROS AUXILIOS PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.**
LETICIA GONZALEZ GONZALEZ, ESTHER BIGOTES ARGÜELLES, MªJACQUELINE CACHERO ALVAREZ, LORENA PADILLA MARTINEZ Y PALOMA ARANGO LÓPEZ **2209**

476 **PRÁCTICA DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO PRONO EN PACIENTES DEFINIDO POR EL CELADOR**
ROSA MARIA VERGARA GARCIA, CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MILAGROS VIZCAINO OLMOS, MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ Y JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA **2215**

477 **LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SANITARIA Y SUS RESIDUOS REPRESENTACIÓN POR EL CELADOR**
ROSA MARIA VERGARA GARCIA, CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MILAGROS VIZCAINO OLMOS, MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ Y JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA **2219**

478 **TRABAJO DE LOS CELADORES EN QUIRÓFANO ASÍ COMO LAS POSICIONES Y MOVILIZACIONES QUE DEBE REALIZAR EN ESTE ÁREA**
MONTSE SANZ ALCAIDE, JOSE LOPEZ ESCRIBANO, SANTIAGO ROSADO RUIZ, EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ Y JAIME OLIVER CORTÉS **2223**

479 FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ASÍ COMO LA ESTRUCTURA DE ESTA ÁREA HOSPITALARIA
MONTSE SANZ ALCAIDE, JOSE LOPEZ ESCRIBANO, SANTIAGO ROSADO RUIZ, EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ Y JAIME OLIVER CORTÉS 2229

480 EL CELADOR Y LA CONTROVERSIA DE LAS CONTENCIONES
MONTSE SANZ ALCAIDE, JOSE LOPEZ ESCRIBANO, SANTIAGO ROSADO RUIZ, EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ Y JAIME OLIVER CORTÉS 2233

481 EL TÚNEL CARPIANO Y LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MONTSE SANZ ALCAIDE 2237

482 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES EN LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD
MONTSE SANZ ALCAIDE 2241

483 EL CELADOR ANTE UN PACIENTE POLI TRAUMATIZADO
JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO, SARA VERGAZ TORRECILLA, SANTIAGO OLMO MORENO, DAVID HUERTAS TRUJILLO Y IRENE MEGÍA ARENAS 2245

484 EL CELADOR EN EL TRATO CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO Y FAMILIA
JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO, SARA VERGAZ TORRECILLA, SANTIAGO OLMO MORENO, DAVID HUERTAS TRUJILLO Y IRENE MEGÍA ARENAS 2249

485 EL CELADOR EN EL MANEJO DE LA MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO, SARA VERGAZ TORRECILLA, SANTIAGO OLMO MORENO, DAVID HUERTAS TRUJILLO Y IRENE MEGÍA ARENAS 2253

486 EL MONITOR EN SALUD MENTAL
JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO 2257

487 EL MONITOR EN EL MANEJO CON PACIENTES DE MOVILIDAD REDUCIDA
JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO **2261**

488 FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO SANITARIO
SORAYA ENTRENAS TALAVERA, IRENE PINEDA MADROÑAL, IRENE MEGÍA ARENAS, MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN Y IVÁN TRAINOTTI **2265**

489 LA HIGIENE Y LIMPIEZA DEL PINCHE EN LA COCINA DEL ÁMBITO SANITARIO
SORAYA ENTRENAS TALAVERA, IRENE PINEDA MADROÑAL, IRENE MEGÍA ARENAS, IVÁN TRAINOTTI Y MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN **2269**

490 PAPEL FUNDAMENTAL DEL PINCHE EN LAS INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO
SORAYA ENTRENAS TALAVERA, IRENE PINEDA MADROÑAL, IRENE MEGÍA ARENAS, IVÁN TRAINOTTI Y MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN **2273**

491 PREVENCIÓN DE RIESGOS: IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA
URBANO SÁNCHEZ MARTÍN **2277**

492 EL MANEJO DE LA GRÚAS POR EL CELADOR
MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO, YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ, ANTONIO RAMOS COELLO, FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL Y JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA **2283**

493 LA FORMACIÓN DEL CELADOR PARA PODER REALIZAR LAS MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES
MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO, FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL, JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA, YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ Y ANTONIO RAMOS COELLO **2287**

494 LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EL CELADOR
MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO, YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ, FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL, ANTONIO RAMOS COELLO Y JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA **2291**

495 **PINCHE DE COCINA Y EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
M. CARMEN GÓMEZ PEREZ, ANTONIA HERRAEZ LOPEZ, PIEDAD GARCÍA LEON, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS Y MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO **2295**

496 **PINCHE DE COCINA Y SU APORTACION A LA DIETA TERAPEÚTICA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
M. CARMEN GÓMEZ PEREZ, ANTONIA HERRAEZ LOPEZ, PIEDAD GARCÍA LEON, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS Y MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO **2299**

497 **EL PINCHE DE COCINA EN LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA, PRESENTE Y FUTURO EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES**
M. CARMEN GÓMEZ PEREZ, ANTONIA HERRAEZ LOPEZ, PIEDAD GARCÍA LEON, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS Y MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO **2303**

498 **ÁREA DE QUIRÓFANO Y PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN ELLA**
MTERESA DONADO LADERAS, YOLANDA MADRID ALARCOS, ESTEBAN TEJADO VELASCO, JUAN CARLOS REQUENA BUENO Y VALENTIN LARA ORTIZ **2309**

499 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA**
MTERESA DONADO LADERAS, YOLANDA MADRID ALARCOS, ESTEBAN TEJADO VELASCO, JUAN CARLOS REQUENA BUENO Y VALENTIN LARA ORTIZ **2313**

500 **LABORATORIO HOSPITALARIO Y FUNCIONES DEL CELADOR**
MTERESA DONADO LADERAS, YOLANDA MADRID ALARCOS, ESTEBAN TEJADO VELASCO, JUAN CARLOS REQUENA BUENO Y VALENTIN LARA ORTIZ **2317**

501 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TELEFONISTA DEL ÁMBITO SANITARIO
LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ Y ENCARNA MORENO SANCHEZ 2323

502 EL TELEFONISTA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS BUSCAPERSONAS
LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, ENCARNA MORENO SANCHEZ Y ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ 2327

503 LOS SISTEMAS DE TRANSMISIÓN DE VOZ Y DATOS Y SU UTILIZACIÓN POR PARTE DEL TELEFONISTA
LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, ENCARNA MORENO SANCHEZ Y ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ 2331

504 ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. RECOGIDA DE AVISOS DOMICILIARIOS Y AVISOS 112 (SUAP)
ISAMEL JESUS RUEDAS GIL, MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL Y MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS 2337

505 ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA. FUNCIONES DEL CELADOR EN LA ENTRADA DE URGENCIAS
ISAMEL JESUS RUEDAS GIL, MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL Y MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS 2341

506 ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. POSICIONES ANATÓMICAS BÁSICAS
ISAMEL JESUS RUEDAS GIL, MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL Y MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS 2345

507 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
RAQUEL GARRIDO PÉREZ, PAZ DÍAZ GONZÁLEZ Y ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA 2349

508 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL
PAZ DÍAZ GONZÁLEZ, RAQUEL GARRIDO PÉREZ Y ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA 2353

509 EL CELADOR Y SU PROCESO EN SVB (SOPORTE VITAL BASICO)
MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, JOSE LUIS GONZALEZ AMOR, JUAN SALDAÑA SANCHEZ, SALVADOR PALAZON VALCARCEL Y EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA 2357

510 EL CELADOR Y SU FUNCIONES EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, JOSE LUIS GONZALEZ AMOR, JUAN SALDAÑA SANCHEZ, SALVADOR PALAZON VALCARCEL Y EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA 2361

511 EL CELADOR EN ATENCION PRIMARIA
JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE, SUSANA CERRO HERNANDO, IVAN GARCIA MENDEZ, JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ Y RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO 2365

512 EL CELADOR.FUNCIONES CON LA SILLA DE RUEDAS EN TRANSPORTE DE PACIENTES
JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE, SUSANA CERRO HERNANDO, IVAN GARCIA MENDEZ, JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ Y RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO 2369

513 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA.FUNCIONES
JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE, SUSANA CERRO HERNANDO, IVAN GARCIA MENDEZ, RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO Y JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ 2373

514 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ, MARIA PAZ VILLA ARAQUE, CARMEN OLMOS PEINADO, SONIA CASTILLO LOZANO Y LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS 2377

515 EL CELADOR EN LA ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE QUE CAE AL SUELO
MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ, MARIA PAZ VILLA ARAQUE, CARMEN OLMOS PEINADO, SONIA CASTILLO LOZANO Y LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS 2381

516 EL CELADOR Y LOS CUIDADOS AL ENFERMO PALIATIVO
MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ, MARIA PAZ VILLA ARAQUE, CARMEN OLMOS PEINADO, SONIA CASTILLO LOZANO Y LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS 2385

517 EL CELADOR Y EL PARITORIO
RAQUEL PECES OCHOVO, JESUS MANUEL CASTRO GARCIA, ANTONIA RUIZ PINILLA, ANDREA ROMERO PARADA Y MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO 2389

518 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE EL PACIENTE CARDÍACO
RAQUEL PECES OCHOVO, JESUS MANUEL CASTRO GARCIA, ANTONIA RUIZ PINILLA, ANDREA ROMERO PARADA Y MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO 2393

519 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA
RAQUEL PECES OCHOVO, JESUS MANUEL CASTRO GARCIA, ANTONIA RUIZ PINILLA, ANDREA ROMERO PARADA Y MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO 2397

520 PINCHES DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y LA ORGANIZACION DE LAS DIETAS DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES
MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ, RAUL DE LA FUENTE MILLA, RAMIRO LOPEZ FAJARDO, JOSEFA GARCÍA SALMERÓN Y MELISSA PEDROSA GARCÍA 2401

521 PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA EN LA MARCHA ADELANTE EN LA COCINA DE UN HOSPITAL
MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ, RAUL DE LA FUENTE MILLA, RAMIRO LOPEZ FAJARDO, JOSEFA GARCÍA SALMERÓN Y MELISSA PEDROSA GARCÍA 2407

522 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS SUSCEPTIBLES DE REACCIONES
MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ, RAUL DE LA FUENTE MILLA, RAMIRO LOPEZ FAJARDO, JOSEFA GARCÍA SALMERÓN Y MELISSA PEDROSA GARCÍA 2411

523 EN SINDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
LAURA CUESTA ESTRADA 2417

524 EL CELADOR EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA
MARIO LÓPEZ LÓPEZ, ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, CARMEN CERVILLA ROLDÁN, FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN Y VÍCTOR GUILLÉN SORIA 2423

525 EL CELADOR DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES
MARIO LÓPEZ LÓPEZ, ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, CARMEN CERVILLA ROLDÁN, FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN Y VÍCTOR GUILLÉN SORIA 2427

526 LA ACTUACION DEL CELADOR EN EL ENDEREZAMIENTO DE PACIENTES DEPENDIENTES
MARIO LÓPEZ LÓPEZ, ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, CARMEN CERVILLA ROLDÁN, FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN Y VÍCTOR GUILLÉN SORIA 2431

527 EL PINCHE Y EL MANUAL DE DIETAS DE LA COCINA HOSPITALARIA
MARIO ORTEGA LAIN, CELIA DIANA CRUZ GALLEGO, MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO, MÓNICA MARTÍN APARICIO Y ADOLFO AVILA GUALDAMEZ 2435

528 GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL
MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA, MARIA JOSE LABARRA PEREZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ, YOLANDA LEGANÉS VIANA Y AURORA LOPEZ LOPEZ 2439

529 **EL CELADOR Y EL PACIENTE CARDIACO**
JOAQUIN DE LEMOS DELGADO, MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ, MONTSERRAT TOLEDO VELA, MÓNICA MORAL ROMERO Y MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA 2443

530 **LA UNIDAD HOSPITALARIA Y EL CELADOR**
JOAQUIN DE LEMOS DELGADO, MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ, MONTSERRAT TOLEDO VELA, MÓNICA MORAL ROMERO Y MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA 2449

531 **EL CELADOR EN TRAUMATOLOGÍA**
SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, MARCOS MARTÍN GONJAR, ESTEBAN RUBIO SOBRINO, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA Y ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO 2453

532 **EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL, FUNCIONES DE UN CELADOR,**
ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA, ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ, YOLANDA SANTOS TOLEDO, ELADIA SALAZAR CARRETON Y PAQUI CHOCANO RAMOS 2457

533 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA: PROTEGER, AVISAR, SOCORRER (PAS)**
ALBERTO MORENO MARFIL 2461

534 **EL TRABAJO EN EQUIPO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
JOAQUIN DE LEMOS DELGADO, MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ, MONTSERRAT TOLEDO VELA, MÓNICA MORAL ROMERO Y MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA 2465

535 **EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA, ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ, YOLANDA SANTOS TOLEDO, ELADIA SALAZAR CARRETON Y PAQUI CHOCANO RAMOS 2469

536 **EL CELADOR EN EL ÁREA DE QUEMADOS**
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO, SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, MARCOS MARTÍN GONJAR Y ESTEBAN RUBIO SOBRINO 2473

537 LA ATENCIÓN PRESENCIAL Y TELEFÓNICA DEL CELADOR
SAGRARIO CONEJO JUEZ, ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS, ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA, ROSA MARIA ARNEDO GIL Y ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA 2477

538 EL CELADOR Y LAS TECNICAS DE TRASLADO Y DEAMBULACIÓN DE LOS PACIENTES
SAGRARIO CONEJO JUEZ, ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS, ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA, ROSA MARIA ARNEDO GIL Y ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA 2483

539 EL CELADOR EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DENTRO DE UN HOSPITAL
SAGRARIO CONEJO JUEZ, ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS, ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA, ROSA MARIA ARNEDO GIL Y ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA 2487

540 EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL Y EL PAPEL DEL CELADOR
ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA, ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ, YOLANDA SANTOS TOLEDO, ELADIA SALAZAR CARRETON Y PAQUI CHOCANO RAMOS 2491

541 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARTOS
ESTEBAN RUBIO SOBRINO, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO, SOLEDAD GARCÍA MAESTRE Y MARCOS MARTÍN GONJAR 2495

542 ERGONOMIA APLICADA A LOS CELADORES EN SANIDAD
MARIA CRISTINA DIAZ LOPEZ 2499

543 EL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA
HORTENSIA ROJAS SANCHEZ, MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS, ANA BONILLA JIMENEZ, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS 2503

544 **APORTACIÓN DEL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA EN EL PROCESO DE LA CALIDAD EN LA COCINA HOSPITALARIA**
HORTENSIA ROJAS SANCHEZ, MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS, ANA BONILLA JIMENEZ, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS **2507**

545 **PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU TRABAJO CON EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS**
HORTENSIA ROJAS SANCHEZ, MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS, ANA BONILLA JIMENEZ, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS **2513**

546 **CRONOGRAMAS Y DETERIORO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL.**
MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ALEJANDRO ARGÜELLES ARANGO, NOEMI VILA BERANDON, SONIA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ Y AZUCENA FERNÁNDEZ ZAPICO **2517**

547 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SECTOR SANITARIO**
MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JONATAN VICENTE BARROSO, ANTONIA RUIZ PINILLA, MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO Y JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ **2523**

548 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CITACIONES EN EL CENTRO HOSPITALARIO**
MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JONATAN VICENTE BARROSO, ANTONIA RUIZ PINILLA, MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO Y JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ **2527**

549 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES EN UN ARCHIVO HOSPITALARIO**
MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JONATAN VICENTE BARROSO, ANTONIA RUIZ PINILLA, MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO Y JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ **2531**

550 LA INTEGRACIÓN LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON DIVERSIDAD FUNCIONAL DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO
RUFO JUAN JIMÉNEZ, MARGARITA BERMEJO BARRIUSO, MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN, NOEMÍ DURO SANCHEZ Y PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ 2535

551 EL CELADOR DE URGENCIAS
VANESSA VÁZQUEZ GARCÍA 2539

552 EL CELADOR EN EL AMBITO SANITARIO: FUNCIONES CON PACIENTES FALLECIDOS
CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ, JULIANA GOMEZ CASTRO, MARÍA CABEZAS BERMEJO, MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON Y DOMINGO GRANDE TERCERO 2543

553 EL CELADOR EN EL AMBITO SANITARIO: FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS
CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ, JULIANA GOMEZ CASTRO, MARÍA CABEZAS BERMEJO, MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON Y DOMINGO GRANDE TERCERO 2547

554 EL ESTRÉS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
RUFO JUAN JIMÉNEZ, MARGARITA BERMEJO BARRIUSO, MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN, NOEMÍ DURO SANCHEZ Y PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ 2551

555 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TRASTORNO DE LA VOZ EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y TRASTORNOS DE VOZ MAS FRECUENTES EN DICHA PROFESIÓN
MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN, MARGARITA BERMEJO BARRIUSO, RUFO JUAN JIMÉNEZ, NOEMÍ DURO SANCHEZ Y PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ 2555

556 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES EN LA SANIDAD
MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS 2559

557 PLANTA DE SALUD MENTAL Y EL TRABAJO DE LOS CELADORES
RODRIGO MERCHANTE DE JULIÁN, ALEJANDRO CHORRO LOPEZ, JOSÉ LUIS ARIAS PERALES, ERNESTO SANCHEZ TELLO Y LILIANA RONDON MARIN 2563

558 TIPOS DE POSICIONES ANATÓMICAS QUE TODO CELADOR DEBE CONOCER
RODRIGO MERCHANTE DE JULIÁN, ALEJANDRO CHORRO LOPEZ, JOSÉ LUIS ARIAS PERALES, ERNESTO SANCHEZ TELLO Y LILIANA RONDON MARIN 2567

559 EL CELADOR EN LA PARTE DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
RODRIGO MERCHANTE DE JULIÁN, ALEJANDRO CHORRO LOPEZ, JOSÉ LUIS ARIAS PERALES, ERNESTO SANCHEZ TELLO Y LILIANA RONDON MARIN 2571

560 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARO: ÁREA QUIRÚRGICA
CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ, JULIANA GOMEZ CASTRO, MARÍA CABEZAS BERMEJO, MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON Y DOMINGO GRANDE TERCERO 2575

561 FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO (CEDT)
BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA, FELIPE ALTOZANO PEREZ, HUGO RABOSO ORTIZ Y PILAR SERRANO ORTIZ 2579

562 LAS FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LA UNIDAD DE ICTUS
BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA, FELIPE ALTOZANO PEREZ, PILAR SERRANO ORTIZ Y HUGO RABOSO ORTIZ 2583

563 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN A SEGUIR POR EL CELADOR EN LA CORRECTA COLOCACIÓN DEL ENFERMO**
BEATRIZ PÉREZ CAMPO, JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA, FELIPE ALTOZANO PEREZ, PILAR SERRANO ORTIZ Y HUGO RABOSO ORTIZ **2587**

564 **EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE LABORATORIO**
HÉCTOR PALACIOS BERZOSA, PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, DIEGO GÓMEZ GARCÍA, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS Y ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ **2591**

565 **EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN Y MATERIAL**
HÉCTOR PALACIOS BERZOSA, PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, DIEGO GÓMEZ GARCÍA, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS Y ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ **2595**

566 **EL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS: FUNCIONES**
HÉCTOR PALACIOS BERZOSA, PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, DIEGO GÓMEZ GARCÍA, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS Y ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ **2599**

567 **LA UNIDAD DE SUMINISTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO**
MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ **2603**

568 **EL ADMINISTRATIVO Y LA ADMISIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ **2607**

569 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCION PRIMARIA
ELVIRA DE LA CRUZ BARATO, MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS, AZAHARA ALCARAZ HERRERA Y TAMARA CALSO VIZCAINO 2611

570 FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN
MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ 2615

571 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, EL REGISTRO DE UN RECIEN NACIDO EN EL REGISTRO CIVIL
ELVIRA DE LA CRUZ BARATO, MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS, AZAHARA ALCARAZ HERRERA Y TAMARA CALSO VIZCAINO 2619

572 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE
ELVIRA DE LA CRUZ BARATO, MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS, AZAHARA ALCARAZ HERRERA Y TAMARA CALSO VIZCAINO 2623

573 EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS
LAURA RODRIGUEZ MORENO, VERONICA DEL RÍO MENGUEZ, CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ Y ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES 2627

574 EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE FORMAR UN EQUIPO DE SALUD
LAURA RODRIGUEZ MORENO, VERONICA DEL RÍO MENGUEZ, CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ Y ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES 2631

575 **EL CELADOR Y SU APORTACION Y AYUDA EN GERIATRÍA**
LAURA RODRIGUEZ MORENO, VERONICA DEL RÍO MENGUEZ, CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ Y ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES **2635**

576 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS AMBULATORIOS LOCALES**
VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ, FRANCISCA NAVARRO CASTILLO, MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ Y MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA **2639**

577 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA APORTANCIÓN DE CAMAS A PACIENTES QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN**
VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ, FRANCISCA NAVARRO CASTILLO, MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ Y MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA **2643**

578 **AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS SANITARIOS**
VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ, FRANCISCA NAVARRO CASTILLO, MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ Y MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA **2647**

579 **EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES CON CARDIOPATIAS**
PALOMA CALERO BLAZQUEZ, MARIA ISABEL EGIDO PARDO, MARTA MARTÍNEZ LARIA, JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE Y LETICIA MARTÍN SERRANO **2655**

580 **EL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS SOMÁTICAS**
PALOMA CALERO BLAZQUEZ, MARIA ISABEL EGIDO PARDO, MARTA MARTÍNEZ LARIA, JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE Y LETICIA MARTÍN SERRANO **2659**

581 **EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DEPENDIENTES**
PALOMA CALERO BLAZQUEZ, MARIA ISABEL EGIDO PARDO, MARTA MARTÍNEZ LARIA, JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE Y LETICIA MARTÍN SERRANO **2663**

582 **CÓMO MEJORAR LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS DE FORMA ESCRITA O VERBAL**
VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ, MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME, RAQUEL VELASCO MAÑAS, ELENA SÁNCHEZ CANO Y MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO 2667

583 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PAPEL DE URGENCIAS PARA LA MEJORA Y CITACIÓN DE PACIENTE EN LA PRIMERA VISITA SEGÚN EL NIVEL DE GRAVEDAD DEL PACIENTE**
VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ, RAQUEL VELASCO MAÑAS, MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO, MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME Y ELENA SÁNCHEZ CANO 2671

584 **LA EFICACIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SI SE TRABAJA CON UNA O DOS PANTALLAS EN EL ORDENADOR DE SU PUESTO DE TRABAJO**
VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ, RAQUEL VELASCO MAÑAS, MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO, MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME Y ELENA SÁNCHEZ CANO 2675

585 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ORGANIZACIÓN DE LAS AGENDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ANGEL VILLENA BLEDA, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES, MILAGROS RESA RODRÍGUEZ Y CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ 2679

586 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PARTE DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE LOS HOSPITALES**
ANGEL VILLENA BLEDA, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES, MILAGROS RESA RODRÍGUEZ Y CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ 2683

587 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USO DEL SISTEMA OMI**
ANGEL VILLENA BLEDA, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES, MILAGROS RESA RODRÍGUEZ Y CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ 2687

588 **EL PINCHE DE COCINA Y LA UTILIZACIÓN DE LA CARNE DE MANERA ADECUADA EN LOS MENÚS HOSPITALARIOS**
MÓNICA MARTÍN APARICIO, MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO, MARIO ORTEGA LAIN, CELIA DIANA CRUZ GALLEGO Y ADOLFO AVILA GUALDAMEZ **2691**

589 **EL PINCHE DE COCINA EN LA PREPARACIÓN DE DIETAS CONFORME A LAS COSTUMBRES O RELIGIONES Y TRADICIONES DE LOS PACIENTES**
MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO, MÓNICA MARTÍN APARICIO, CELIA DIANA CRUZ GALLEGO, MARIO ORTEGA LAIN Y ADOLFO AVILA GUALDAMEZ **2695**

590 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
NOELIA ROSA DIAZ RIVAS, MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA, LAURA MARÍA RIVAS DIAZ, IVÁN GARCÍA HERNÁN Y NURIA CORTES DIAZ **2699**

591 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVOS DEL CENTRO HOSPITALARIO**
NOELIA ROSA DIAZ RIVAS, MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA, LAURA MARÍA RIVAS DIAZ, IVÁN GARCÍA HERNÁN Y NURIA CORTES DIAZ **2703**

592 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS**
NOELIA ROSA DIAZ RIVAS, MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA, LAURA MARÍA RIVAS DIAZ, IVÁN GARCÍA HERNÁN Y NURIA CORTES DIAZ **2707**

593 **PRIMEROS CUIDADOS DE SALUD BUCODENTAL DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA**
ALICIA DELGADO VALLEJO, SHEILA PADILLA NUÑEZ, ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ Y PATRICIA PADILLA MUÑOZ **2711**

594 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN PROCEDIMIENTOS RADIOGRÁFICOS BUCODENTALES
ALICIA DELGADO VALLEJO, SHEILA PADILLA NUÑEZ, ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ Y PATRICIA PADILLA MUÑOZ 2715

595 INTRODUCCIÓN A LA PERIODONCIA PARA HIGIENISTAS BUCODENTALES
ALICIA DELGADO VALLEJO 2719

596 LA HIGIENE BUCODENTAL EN LOS PACIENTES DE LA UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA
ALICIA DELGADO VALLEJO 2723

597 PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: EL ENVASADO DE LOS ALIMENTOS
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO 2727

598 PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: INGREDIENTES QUE PUEDAN CAUSAR ALERGIA O INTOLERANCIA Y SE UTILICEN EN LA FABRICACIÓN O ELABORACIÓN DEL ALIMENTO
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO 2731

599 EL PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: TRATAMIENTOS FÍSICOS PARA LA CONSERVACIÓN DEL ALIMENTO: EL CALOR
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO 2735

600 COMO UN HIGIENTISTA DENTAL PUEDE AYUDAR A UN PACIENTE ONCOLOGICO.
ELSA CHAIGNEAU TOMAS, NOELIA IGLESIAS SILVA, ESTEFANIA DÍAZ LOZANO Y CAROLINA RUIZ CAMPALLO 2739

601 EL HIGIENISTA AYUDANDO AL PACIENTE CON BRUXISMO.
ELSA CHAIGNEAU TOMAS, NOELIA IGLESIAS SILVA, ESTEFANIA DÍAZ LOZANO Y CAROLINA RUIZ CAMPALLO 2743

602 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2747

603 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2751

604 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA AUXILIAR EL ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2755

605 EL CELADOR Y LOS OBJETIVOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS
MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS, CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA, PABLO SANCHEZ GARCIA, JORGE GARCÍA GARRIDO Y EMILIA MEDINA ZOMEÑO 2759

606 EL CELADOR Y LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS, PABLO SANCHEZ GARCIA, CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA, JORGE GARCÍA GARRIDO Y EMILIA MEDINA ZOMEÑO 2763

607 EL CELADOR EL SALUD MENTAL: LAS TERAPIAS DE GRUPO
MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS, CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA, PABLO SANCHEZ GARCIA, JORGE GARCÍA GARRIDO Y EMILIA MEDINA ZOMEÑO 2767

608 CÓMO GESTIONAR RECLAMACIONES EN BOLSA DE TRABAJO SELECTA DEL SERVICO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA. FORMA CORRECTA DE HACERLA
TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ Y MARIA TERESA VICO EGEA 2771

609 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA
MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO, MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES, CONSTANTINA AURA BUDUGA, MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO Y CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ 2775

610 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE UCI PEDIÁTRICA
MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO, MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES, CONSTANTINA AURA BUDUGA, MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO Y CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ 2779

611 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÉXITUS DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE MORTUORIO
MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO, MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES, CONSTANTINA AURA BUDUGA, MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO Y CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ 2783

612 GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE LLAMAMIENTOS CORTA DURACIÓN
MARIA TERESA VICO EGEA Y TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ 2787

613 PLANES DE EMERGENCIA Y EXTINCION DE INCENCIOS EN CENTROS SANITARIOS
JOSE RODRIGUEZ RODRIGUEZ Y BENJAMÍN VILLEGAS TRIVÍN 2791

614 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA
MARGARITA MANZANEDO ROBLES, AGUSTINA GARCIA GARCIA, ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA, ISABEL SANCHEZ JUAN Y ARACELI SANCHEZ CALLEJAS 2795

615 EL PINCHE DE COCINA, SISTEMA APPCC Y LOS PROTOCOLOS DE HIGIENE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ, DOLORES SAEZ ZAFRILLA, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ Y GEMA BOTELLA ANDÚJAR 2799

616 EL PINCHE DE COCINA Y LA CONTAMINACIÓN CRUZADA
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ, DOLORES SAEZ ZAFRILLA, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ Y GEMA BOTELLA ANDÚJAR 2803

617 EL PINCHE Y LA FORMACION PARA LA SEGURIDAD EN COCINAS HOSPITALARIAS
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ, DOLORES SAEZ ZAFRILLA, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ Y GEMA BOTELLA ANDÚJAR 2807

618 URGENCIAS Y EMERGENCIAS. DOS ABORDAJES DISTINTOS
ALBERTO RANCAÑO RANCAÑO 2811

619 SISTEMAS DE TRIAJE: HISTORIA Y EVOLUCIÓN EN EN EL TIEMPO, UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
MARIA JESUS DIAZ FERNANDEZ 2817

620 EVOLUCIÓN Y SISTEMAS DE REHABILITACIÓN: EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN
MARIA JESUS DIAZ FERNANDEZ 2821

621 FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS
JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ 2825

622 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL AMBITO HOSPITALARIO: MOVILIZACION Y TRASLADO DEL PACIENTE ENCAMADO
CARLOS RUIZ LOSA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO, JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA, ANA TERA CAMACHO Y DOLORES CASTELLANOS GENTO 2829

623 FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS; ZONA MORTUORIA HOSPITALARIA
CARLOS RUIZ LOSA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO, JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA, ANA TERA CAMACHO Y DOLORES CASTELLANOS GENTO 2833

624 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIROFANO: SUS FUNCIONES PROPIAS Y COMPORTAMIENTO EN EQUIPO**
CARLOS RUIZ LOSA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO, JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA, ANA TERA CAMACHO Y DOLORES CASTELLANOS GENTO **2837**

625 **EL PINCHE DE COCINA Y LAS PRINCIPALES DIETAS TERAPÉUTICAS**
MARIA DEL MAR FUEYO VÁZQUEZ **2841**

626 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO HOSPITALARIO**
DAVID BUENO RODRÍGUEZ, ALMUDENA PINILLA MORENO, EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO, PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ Y ALEJANDRINA VELASCO ROMO **2845**

627 **EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
DAVID BUENO RODRÍGUEZ, ALMUDENA PINILLA MORENO, EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO, PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ Y ALEJANDRINA VELASCO ROMO **2849**

628 **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**
DAVID BUENO RODRÍGUEZ, PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ, ALEJANDRINA VELASCO ROMO Y ALMUDENA PINILLA MORENO **2853**

629 **LA ESCUCHA ACTIVA. INTRODUCCIÓN AL COUNSELING**
MARTÍN MARTÍNEZ PÉREZ **2857**

630 **¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?: UNA VISIÓN TANTO PARA EL PERSONAL SANITARIO COMO PARA EL NO SANITARIO**
CARMEN VIÑA RODRIGUEZ, MONICA RODRIGUEZ RIEGO, MIRTA MAYO ALONSO, NOELIA ALVES RUBIO Y ISABEL FERNANDEZ CARRILLO **2861**

631 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN HOSPITAL: FUNCIONES PRINCIPALES EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS.**
JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO Y CARLOS RUIZ LOSA **2865**

632 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL HOSPITAL;UNIDAD DE REGISTRO**
JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO Y CARLOS RUIZ LOSA **2869**

633 **CELADORES HACEN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU ROL EN LA UNIDAD DE URGENCIAS**
JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO, PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO, RAQUEL SALVADOR MOYA, ANA ROSA PRIETO MARCOS Y SATURNINA MARTINA TORRES MORA **2873**

634 **PERSONAL NO SANITARIO Y PRIMEROS AUXILIOS. NOCIONES BÁSICAS DE ASISTENCIA EN EMERGENCIAS**
GEMA DONAIRE GOMEZ Y CARMEN DONAIRE GÓMEZ **2877**

635 **CELADORES HACEN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU ROL EN LA UNIDAD DE UCI**
JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO, SATURNINA MARTINA TORRES MORA, RAQUEL SALVADOR MOYA, PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO Y ANA ROSA PRIETO MARCOS **2881**

636 **CELADORES HACEN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU ROL EN CUIDADOS PALIATIVOS**
JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO, ANA ROSA PRIETO MARCOS, SATURNINA MARTINA TORRES MORA, PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO Y RAQUEL SALVADOR MOYA **2885**

637 **REVISIÓN DEL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO RESPECTO AL MARCO JURÍDICO**
ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO, CARLOS DAVID ORTEGA URBAN, RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ, CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY Y MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO **2889**

638 **FUNCIONES DEL CELADOR DEL ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO**
ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO, MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO, CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY, CARLOS DAVID ORTEGA URBAN Y RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ **2893**

639 RELACIÓN DEL CELADOR CON EL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO
ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO, RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ, CARLOS DAVID ORTEGA URBAN, CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY Y MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO 2897

640 ANTIPSICÓTICOS, TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL
LAURA SUÁREZ GARCÍA 2901

641 EL CELADOR EN DIVERSOS CAMPOS DE ESTUDIO: TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO
ANTONIO LAYU JIMÉNEZ, JAVIER ALGUACIL LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO, JAVIER MARIN GÓMEZ Y PABLO DEL PINO RODRIGO 2907

642 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO
ROSALINA FANJUL MENÉNDEZ 2911

643 EL TRABAJO DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS
ANTONIO LAYU JIMÉNEZ, JAVIER MARIN GÓMEZ, PABLO DEL PINO RODRIGO, JAVIER ALGUACIL LÓPEZ Y MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO 2915

644 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y EN TANATORIOS
ANTONIO LAYU JIMÉNEZ, JAVIER ALGUACIL LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO, JAVIER MARIN GÓMEZ Y PABLO DEL PINO RODRIGO 2919

645 PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS
MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA, SILVIA CUPIDO ESCALONILLA Y MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ 2923

646 PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN EN Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES
MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA, SILVIA CUPIDO ESCALONILLA Y MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ 2929

647 RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS VALORES Y LOS PRINCIPIOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
MARIA PILAR MARTIN MERINO, ENRIQUE ALAMO SANTIAGO, ROSARIO TEJERO TOLEDO, MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ Y ROSA MARIA VARGAS BRAVO 2935

648 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
MARIA PILAR MARTIN MERINO, MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ, ROSARIO TEJERO TOLEDO, ENRIQUE ALAMO SANTIAGO Y ROSA MARIA VARGAS BRAVO 2939

649 RADIOLOGÍA SIMPLE: ESTUDIO DE UNA FRACTURA EN EXTREMIDAD SUPERIOR
ALBA GARCÍA PÉREZ 2943

650 EL CELADOR Y LA TÉCNICA PARA HACER LA CAMA OCUPADA
MARIA PILAR MARTIN MERINO, ENRIQUE ALAMO SANTIAGO, MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ, ROSARIO TEJERO TOLEDO Y ROSA MARIA VARGAS BRAVO 2949

651 LA FIGURA DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL Y SU IMPORTANCIA DENTRO DE LA CLÍNICA DENTAL
CRISTINA CASAL GARCÍA 2953

652 EMERGENCIAS: PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN
EDUARDO COLINO NEVOT 2957

653 CÓMO REALIZAR UN CORRECTO ENFRIAMIENTO DE LOS PLATOS COCINADOS HASTA TEMPERATURAS DE REFRIGERACIÓN O CONGELACIÓN
ALBERTO DE NOVA PATÓN, SARA JIMÉNEZ MUÑOZ, DAVID DE LA BELDAD LEÓN, MARIA MAGDALENA LOSA VALERO Y JOSE DAVIA CANTOS 2961

654 ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN CASO DE CATÁSTROFE
MARIA CARNERO VIDAL 2965

655 **FUNCIONES DEL COCINERO HOSPITALARIO EN LA PREVENCIÓN DE CONTAMINACIÓN BACTERIANA MEDIANTE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE PERSONAL Y GENERAL**
JOSE DAVIA CANTOS, ALBERTO DE NOVA PATÓN, MARIA MAGDALENA LOSA VALERO, SARA JIMÉNEZ MUÑOZ Y DAVID DE LA BELDAD LEÓN **2969**

656 **MUESTRAS TESTIGOS EN COCINAS HOSPITALARIAS**
SARA JIMÉNEZ MUÑOZ, ALBERTO DE NOVA PATÓN, MARIA MAGDALENA LOSA VALERO, DAVID DE LA BELDAD LEÓN Y JOSE DAVIA CANTOS **2973**

657 **PRIMEROS AUXILIOS EN CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS**
MARISA FERNÁNDEZ RODRIGUEZ, ANA ALBA GONZALEZ, MIGUEL PELLO GARCIA Y JAIME TABOADA COMA **2977**

658 **MOBBING EN CENTROS SANITARIOS**
MARISA FERNÁNDEZ RODRIGUEZ, ANA ALBA GONZALEZ, MIGUEL PELLO GARCIA Y JAIME TABOADA COMA **2981**

659 **LA INTEGRACIÓN DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES**
FRANCISCO JAVIER SANCHEZ MONTAÑA **2985**

660 **LOS PROCEDIMIENTOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS**
ALBA GARCÍA PÉREZ **2989**

661 **USO ADECUADO DE GUANTES SANITARIOS EN ENFERMERÍA**
JUAN COBO PALOMINO Y MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN **2993**

662 **EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA EN URGENCIAS**
HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, TEODOR OCHIU, ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS Y ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS **2997**

663 MOVILIZACIÓN DE UN CELADOR A UN PACIENTE DE UCI
ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS, TEODOR OCHIU, HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO, ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS Y ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ **3001**

664 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA ZONA DEL QUIRÓFANO
TEODOR OCHIU, ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS, ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ Y HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO **3005**

Capítulo 1

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LA HIPOTERMIA. REVISIÓN NARRATIVA Y RECOMENDACIONES ACTUALES

CRISTINA YUKI SEPÚLVEDA MURO

1 Introducción

El cuerpo humano es capaz de funcionar en unas circunstancias internas muy específicas, es decir, en homeostasis. Cuando este balance interno se altera, se pueden producir múltiples consecuencias que pueden ir desde leves hasta provocar la muerte. En el caso de la temperatura, consideramos normal desde los 35.8 ºC hasta los 37.2 º, y el salirse de este rango por arriba o por abajo supone un trastorno para las personas.

Se define como hipotermia a una temperatura central inferior a los 35 ºC, lo cual se puede producir por múltiples motivos, incluidas enfermedades metabólico-endocrinas, sepsis… En este caso, nos vamos a centrar en la hipotermia accidental producida en pacientes que se encuentran en ámbitos no sanitarios (alta montaña, ahogamiento, exposición ambiental…).

Cabe destacar que los avances médicos en los últimos años han tenido un gran impacto en el pronóstico de la hipotermia, haciendo que la supervivencia de los pacientes con este tipo de trastorno haya mejorado reduciendo drásticamente la tasa de mortalidad. Merece especial mención un procedimiento que, por pertenecer exclusivamente a las Unidades de Cuidados Intensivos, no vamos

a desarrollarla en profundidad, pero sí es necesario conocer dado que es la principal causa de la mejoría en la supervivencia de las víctimas, y es el Soporte Vital Extracorpóreo u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura reciente en cuanto la hipotermina accidental y resumir las principales recomendaciones en el ámbito extrahospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed, EMbase y Medline con los términos ”hypothermia”, ”accidental” y ”prehospital”, concentrándonos en la literatura publicada en los últimos 5 años, para poder realizar recomendaciones más actualizadas. También se ha consultado la base de datos de UpToDate así como obras de referencia en medicina de urgencias y emergencias.

4 Resultados

Diagnóstico:
El diagnóstico de la hipotermia accidental se realiza por una historia de exposición a frío, temperatura central <35 ºC y a través de la clínica, que va empeorando a medida que disminuye la temperatura.

- Hipotermia leve (32-35 ºC): se ponen en marcha los mecanismos de defensa para general calor. Se caracteriza por vasoconstricción periférica con aumento del metabolismo y del gasto cardiaco: escalofríos, taquipnea superficial y taquicardia. En estadios más avanzados puede aparecer ataxia y disartria por rigidez y fallo de la musculatura. En general, no hay alteración del estado mental
- Hipotermia moderada (28-32 ºC): los mecanismos para regular la temperatura comienzan a fallar. Se produce una disminución del gasto cardiaco con bradicardia que se acompaña de bradipnea, hiporreflexia, desaparición de los escalofríos, depresión del sistema nervioso central y alteraciones mentales como tendencias al suicidio o desnudo paradójico. Además, pueden aparecer complicaciones añadidas como la fibrilación auricular o la pancreatitis.
- Hipotermia severa (<28ºC): se produce una pérdida de la conciencia o incluso muerte aparente junto con hipotensión, bradicardia, oliguria y arreflexia. Otras

complicaciones incluyen el edema pulmonar y las arritmias ventriculares incluyendo fibrilación ventricular y asistolia.
La medición de la temperatura es el parámetro más exacto para medir la severidad de la hipotermia, se han desarrollado escalas clínicas de valoración de la misma, siendo la más utilizada la del sistema suizo. Debido a la variabilidad individual en signos como los temblores, se ha publicado una revisión del sistema suizo (sistema suizo revisado o SSR) basada fundamentalmente en el nivel de conciencia según la escala de Glasgow estimando el riesgo de parada cardiaca siempre que no existan otras condiciones que pudieran afectar al nivel de conciencia. Estas escalas pueden ser útiles cuando no tengamos acceso a la medición de la temperatura corporal central y para tomar decisiones de manera rápida, pero siempre está recomendado obtener una temperatura tan pronto como sea posible.
Por otra parte, hay que prestar atención a síntomas y signos que no sean consistentes con el nivel de hipotermia. Además de la exposición ambiental, hay muchas condiciones médicas que pueden causar defectos en la capacidad de termorregulación y, por tanto, hipotermia, y que hay que descartar en caso de clínica poco concordante o mala respuesta al tratamiento. Por ejemplo, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, sepsis (especialmente en pacientes ancianos), enfermedad neuromuscular, malnutrición, deficiencia de tiamina e hipoglucemia. Una taquicardia inconsistente con la temperatura puede sugerir hipoglucemia, hipovolemia o sobredosis. La hiperventilación puede indicar acidosis orgánica. Aunque las manifestaciones neurológicas puedan variar, el nivel de conciencia debe ser consistente con la temperatura corporal y su discrepancia obliga a descartar traumatismo craneoencefálico, lesión o infección del sistema nervioso central o sobredosis. También hay fármacos que pueden alterar la termorregulación, como los betabloqueantes, antidepresivos, benzodiacepinas, vasodilatadores, opiáceos, litio y atropina.

Tratamiento:
El manejo inicial del paciente va a ser casi siempre extrahospitalario por los servicios de emergencias. Se debe retirar al paciente del ambiente frío y hacer una evaluación ABC. A la hora de evaluar los pulsos hay que tener especial cuidado, ya que estos pueden no estar presentes debido a la vasoconstricción y la bradicardia incluso en hipotermias leves. Se debe buscar pulso central durante al menos 1 minuto, y siempre que sea posible con ECG, doppler o ecocardiograma. Siempre que haya algún tipo de ritmo cardiaco organizado (aún en ausencia de pulsos y otro signo de vida) no se debe realizar RCP, ya que el riesgo de desencadenar una fibrilación ventricular y otros daños es mayor.

Debemos comprobar que el paciente no tenga otras lesiones provocadas por frío y monitorizar TA, FC, FR, ECG continuo, saturación de O2 (el pulsioxímetro puede ser poco fiable debido a la vasoconstricción), glucemia y temperatura central (lo más fiable es medirlo en el tercio inferior del esófago si está intubado, si no temperatura vesical/rectal)

La medida inicial y más importante a realizar es extraer al paciente del ambiente frío. El paciente debe ser movilizado con extremo cuidado, especialmente en hipotermias moderadas-severas, en decúbito supino y sin realizar ningún esfuerzo ni incorporarse, ya que cualquier movimiento puede desencadenar un colapso de rescate (síncope por hipotensión súbita o fibrilación ventricular).

Se recomienda oxigenoterapia de soporte, especialmente a más de 2500m de altura. Colocar Ventimask 50 % a 15lpm o mascarilla con reservorio 100%. Si es posible, administrar oxígeno humidificado y caliente a 42 ºC. Las indicaciones para la intubación con las mismas que en el resto de pacientes, pero hay que tener especial cuidado en la manipulación para evitar provocar una fibrilación ventricular (FV). Además, puede haber dificultades añadidas como un trismus inducido por el frío, resistente al bloqueo neuromuscular (es ineficaz en <30ºC) en cuyo caso se recomienda uso de un dispositivo supraglótico.

Debido a la escasez de recursos materiales y a los tiempos cortos de traslado (generalmente menos de una hora), nuestros esfuerzos deben ir encaminados sobre todo a evitar una mayor pérdida de calor y a trasladar rápidamente al paciente.

En hipotermias leves puede bastar con maniobras de recalentamiento externo pasivo: retirar ropas mojadas, abrigar con mantas/sábanas cubriendo la cabeza, dar comida y bebidas calientes, estimular la actividad… Para que tenga éxito es necesario que el organismo tenga la capacidad suficiente para generar calor a través de escalofríos y del aumento de la tasa metabólica. Actualmente, está más que aceptado que el recalentamiento prehospitalario de los pacientes no solo es seguro sino beneficioso.

En hipotermias moderadas y severas o en personas vulnerables (ancianas, malnutridas, con mucha comorbilidad) esto no es suficiente y se deben realizar maniobras de recalentamiento activo. No obstante, estas medidas se deben realizar solo si no retrasan la evacuación y el traslado hospitalario o si este no es posible:

- El recalentamiento externo activo consiste en colocar dispositivos calientes sobre el paciente, debiendo calentar primero el tronco y no las extremidades, ya que de lo contrario se produce una vasodilatación periférica que favorece la hipotensión y el retorno venoso de sangre acidótica y fría hacia la circulación central, lo que puede provocar una mayor hipotermia y arritmias. A esto se le conoce como efecto de recaída (afterdrop): tras haber protegido a la víctima del frío e iniciado

medido de recalemtamiento, se produce un mayor descenso de la temperatura corporal.

- El recalentamiento interno activo es la maniobra más agresiva y se puede utilizar en combinación con la externa en hipotermias severas o moderadas que no respondan a lo anterior. Se deben coger 2 vías venosas periféricas de grueso calibre e iniciar perfusión con SSF a 40-42 ºC. Si no se consiguen vías periféricas por la vasoconstricción, se puede colocar una vía intraósea. En caso de hipotensión se deben administrar 2L en las primeras 2h, y si persiste a pesar de volumen se debe manejar como un shock. Todas las hipotermias, incluidas las leves, pueden causar complicaciones graves como arritmias y alteraciones de la coagulación por lo que todas deben ser trasladadas a un centro hospitalario.

En cuanto a farmacoterapia, cabe destacar que algunos no son efectivos por debajo de los 30ºC, por lo que no se recomienda ni bloqueo neuromuscular, ni fármacos vasoactivos ni antiarrítmicos por debajo de esta temperatura.

Por último, en caso de parada cardiorrespiratoria (PCR) se deben iniciar medidas de soporte vital avanzado (SVA) siempre que sea posible. Se debe confirmar la ausencia de signos vitales durante al menos un minuto. En caso de taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) y FV hay que tener en cuenta que la desfibrilación no suele ser eficaz hasta alcanzar los 30ºC. Por este motivo, se recomienda tres ciclos de adrenalina+desfibrilación a carga máxima y si no es exitosa, continuar RCP sin volver a desfibrilar hasta elevar 1-2ºC la temperatura central. Una vez alcanzados los 30ºC, continuar con las recomendaciones de las guías generales vigentes y no se debe suspender hasta alcanzar los 32-35ºC.

Debido a la disminución del metabolismo inducido por la hipotermia, se han descrito múltiples casos de RCP prolongadas exitosas con recuperación completa, por lo que si no hay contraindicación, se debe reanimar a toda persona con hipotermia severa. Debido a que los pacientes pueden requerir RCP durante tiempos muy prolongados, y no siempre es posible realizarla durante la evacuación y transporte de manera continua, en pacientes con hipotermia se acepta el retraso o la RCP intermitente: alternar 5 minutos de RCP de alta calidad con descansos de menos de 5 minutos en temperaturas de 20-28 ºC y de hasta 10 en <20 ºC.

SISTEMA SUIZO REVISADO

Grado de hipotermia	SSR	Glasgow	Riesgo de PCR	Traslado
Estadío 1	A – Alerta	15	Bajo	Hospital más cercano
Estadío 2	V – Verbal	14 – 9	Moderado	Hospital con UCI, preferible con posibilidad de ECMO
Estadío 3	D – Dolor	<9	Alto	Hospital con ECMO
Estadío 4	N – No respuesta	3	PCR	Hospital con ECMO

5 Discusión-Conclusión

La hipotermia es una condición que se puede encontrar de manera frecuente en el ámbito extrahospitalario, aun viviendo en zonas de clima templado. Por ello, es importante conocer las últimas recomendaciones respecto al tratamiento, ya que se trata de pacientes que presentan una serie de especificidades que hay que conocer para no empeorar la situación.

Gracias a los últimos avances tanto en las recomendaciones extrahospitalarias como en el tratamiento hospitalario, el pronóstico de los pacientes con hipotermia severa ha mejorado exponencialmente, tanto en mortalidad como morbilidad.

Como resumen, en todo paciente con hipotermia se debe:

1. Evacuar del medio frío y evitar pérdida de temperatura.
2. Iniciar recalentamiento según clínica y medios al alcance.
3. Evitar la iatrogenia: colapso de rescate, efecto de recaída… Tener especial cuidado con el desencadenamiento de la FV.
4. Priorizar el traslado hospitalario, eligiendo el centro según la situación clínica de la víctima.

6 Bibliografía

1. Avellanas Chavala ML, Ayala Gallardo M, Soteras Martínez, Subirats Bayego E. Gestión de la hipotermia accidental: revisión narrativa. Med Intensiva. 1 de diciembre de 2019;43(9):556-68.
2. Avellanas Chavala ML. Hipotermia accidental: nueva clasificación clínica con el sistema suizo revisado. Med Intensiva. 20 de mayo de 2022
3. Haverkamp FJC, Giesbrecht GG, Tan ECTH. The prehospital management of hypothermia - An up-to-date overview. Injury [Internet]. 1 de febrero de 2018;49(2):149-64.
4. Paal P, Pasquier M, Darocha T, Lechner R, Kosinski S, Wallner B, et al. Accidental Hypothermia: 2021 Update. Int J Environ Res Public Heal 2022, Vol 19, Page 501 [Internet]. 3 de enero de 2022;19(1):501.
5. Uptodate.com. (2022). Accidental hypothermia in adults. [online]
6. SAMUR (2018). Manual de procedimientos. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, pp.301-302.

Capítulo 2

ISQUEMIA INTESTINAL CON TAC ABDOMINAL NORMAL

CRISTINA MOLINA RUIZ

1 Introducción

La isquemia intestinal es aquella situación clínica que se produce cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico resulta insuficiente para satisfacer los requerimientos del intestino.

El tipo de lesiones producidas por la isquemia intestinal dependerá del tipo de vaso afectado, grado de oclusión, mecanismo de producción, forma de presentación y existencia de circulación colateral.

El territorio esplácnico se irriga a través de 3 vasos: tronco celiaco, arteria mesentérica superior e inferior. La mesentérica superior es la principal y su oclusión brusca tiene efectos importantes.

La isquemia mesentérica aguda es la situación de hipoxia intestinal por descenso brusco de la perfusión sanguínea causada por embolia, trombosis arterial o venosa, vasoconstricción o compromiso de flujo vascular de algún segmento de intestino.

El diagnóstico de esta patología suele ser difícil porque la clínica es bastante inespecífica. La isquemia mesentérica aguda debemos de sospecharla en pacientes con dolor abdominal agudo (moderado-intenso, no localizado, constante y difuso) sin diagnóstico claro, sobre todo cuando el dolor es desproporcionado a los hallazgos de la exploración física y en ancianos con comorbilidades cardiovasculares.

La mortalidad de esta patología es alta. La edad avanzada, acidosis metabólica, hipoxia, hiperamilasemia y el fallo hepático-renal, sepsis, son predictores de mortalidad.

Las pruebas de laboratorio reflejan la progresión la enfermedad. Los hallazgos más comunes con hemoconcentración, leucocitosis con desviación a la izquierda, acidosis metabólica con anión gap elevado, hiperlactacidemia, elevación amilasa y transaminasas.

2 Objetivos

- Saber discernir cuando nos encontramos ante un abdomen agudo, sobre todo por la exploración física y antecedentes del paciente.
- Utilizar las pruebas complementarias como un apoyo.

3 Caso clínico

Varón de 79 años sin alergias a fármacos.

AP: HTA. FA. Ictus silviano izquierdo. Úlcera gástrica intervenida. Tto habitual: Dabigatran, Capsaicina, Simvastatina, Telmisartan, Alopurinol.

EA: Acude por dolor abdominal localizado en epigastrio de 3 horas de evolución. El dolor se ha iniciado tras la ingesta acompañada de vómitos de características alimenticias, ha presentado una deposición de consistencia líquida. Niega fiebre, no clínica miccional, ni clínica infectiva respiratoria.
Exploración física:
TA 230/103. FC 70 lpm. Tª 35ª C, Sat O2 96 %.
ACR: Rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos añadidos.
Abdomen: Globuloso, parcialmente depresible con dolor abdominal a palpación en epigastrio y cierta defensa a dicho nivel. RHA conservados. No se palpan megalias. MMII: No edemas ni signos de TVP.

Se solicita analítica, ECG y Rx abdomen, se administrará tratamiento para crisis HTA y analgésico:
- ECG: Fibrilación auricular, ondas T negas en V3 y V4.
- Analítica: Hemograma: 14300 leucocitos con 11500 neutrófilos, Hb 16, Plaquetas 219000.

- Bioquímica: Glu 174, Creat 1.6, Urea 79, FG 44, Bilirrubina 0.5, GGT 88, PCR 10, PCT 0.06, resto normal.
- Coagulación: Fibrinógeno 455.
- GSV: Ph 7.41, HCO3 19.
- TAC de abdomen sin CIV: Sin hallazgos patológicos.
- TAC de abdomen con CIV: estómago ocupado por material. No se observan burbujas de neumoperitoneo ni líquido libre. Hígado de tamaño, morfología y densidad normal, sin lesiones focales ni dilatación de la vía biliar. Vesícula, bazo páncreas, riñones y suprarrenales sin alteraciones. Litiais milimétrica en GCM de riñón izquierdo. Asas intestinales con densidad, distribución y morfología normales. No se observan adenopatías mesentéricas, retroperitoneales o inguinales de tamaño significativo. Ateroesclerosis calcificada de aorta y sus ramas.

Dado que paciente persiste con dolor intenso a pesar de prueba de imagen sin hallazgos patológicos, permanecerá en observación durante la noche para evolución y control analítico por la mañana.

Durante la madrugada paciente sufre empeoramiento del dolor y estado general motivo por el que se extrae analítica antes de lo previo con los siguientes hallazgos: 25500 leucocitos, DD5486, Glucosa 325, Creat 2, GGT 80, Amilasa 130, PCR 13, PCT 0.35, gasometría con acidosis metabólica y láctica.

Se avisa a Cirugía y a UCI para valoración del paciente, decidiéndose intervención quirúrgica urgente realizando laparotomía exploradora apreciando isquemia intestinal.

4 Discusión-Conclusión

En este caso importante destacar que la clínica del paciente prevalece sobre los resultados de las pruebas complementarias. Dado que nos encontramos ante un paciente con un dolor abdominal intenso que no cede pese a analgésicos potentes y con realización de dos TACs de abdomen normales (uno sin contraste y otro con contraste) debemos prestar más atención al estado del paciente que a las pruebas de imagen.
Cuando nos encontremos ante un paciente de edad media-avanzada con dolor abdominal y que se encuentre en tratamiento activo con anticoagulante, una de las primeras sospechas diagnósticas debe de ser la isquemia intestinal.

5 Bibliografía

1. Tratado de Medicina de urgencias. 2ª Edición. P. Piñera Salmerón; M.S. Moya Mir; M. Mariné Blanco. 2021.
2. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª edición. Luis Jiménez Murillo; F. Javier Montero Pérez. 07/2018.

Capítulo 3

EL TRIAJE EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO PARA ENFERMERIA

PATRICIA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

El triaje debe de ser rápido, efectivo, ágil y de fácil aplicación, y poseer un elevado valor predictivo de gravedad, evolución y utilización de recursos.
El triaje es un sistema de clasificación que permite evaluar a los pacientes en función de su nivel de gravedad de forma rápida y eficaz, respondiendo de esta manera al aumento de la demanda asistencial y garantizando una atención eficaz y eficiente.
La realización del triaje es competencia fundamentalmente del personal de enfermería.
Sus funciones principales son las siguientes: Resulta una herramienta fundamental para la clasificación de pacientes tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario.
- Identificar a aquellos pacientes que se encuentran en una situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Llevar a cabo una reevaluación periódica de aquellos pacientes que aún no han sido atendidos.
- Decidir el área más adecuada para la atención de cada paciente.
- Mantener una comunicación fluida entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar de asistencia sanitaria.

- Proporcionar tanto al paciente como a sus familiares información clara y veraz sobre el proceso asistencial y el tiempo de espera con el objetivo de disminuir su nivel de ansiedad.
- Predecir la evolución clínica del paciente.
- Mejorar el flujo de pacientes y proporcionar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

2 Objetivos

Determinar los distintos tipos de triaje en urgencias para pacientes politraumatizados destinado esto al personal de enfermeria que es quien lo suele realizar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliografica de la materia. Para la obtención de datos se han utilizado los buscadores Google Academico, Dialnet y Pubmed asi como distintas guias de manejo del paciente politraumatizado de distintos servicios de salud en España.

4 Resultados

El triaje debe de ser rápido, efectivo, ágil y de fácil aplicación, y poseer un elevado valor predictivo de gravedad, evolución y utilización de recursos. Se realiza fundamentalmente por personal de enfermería, por lo que es fundamental que conozca tanto los items como una correcta realización.
Existen diferentes métodos de triaje. La Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), el Emergency Severit Index (ESI), el Sistema Español de Triage (SET) y el Model Andorrá de Triatge (MAT) son algunos de los sistemas de clasificación más difundidos a nivel mundial (18).
En España destaca el uso del SET y del MTS. Ambos sistemas utilizan un método de clasificación en el que encontramos 5 niveles de priorización en función de la gravedad del paciente y del tipo de urgencia. Cada uno de estos niveles se relaciona con un color diferente (rojo, naranja, amarillo, verde y azul), un nombre (emergencia, muy urgente, urgente, menos urgente y no urgente) y un objetivo de tiempo máximo para ser atendido desde su llegada (18).

- Nivel I (rojo): Situación de emergencia con riesgo vital para el paciente que requiere una actuación inmediata.
- Nivel II (naranja): situaciones muy urgentes con riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. El tiempo de demora máximo en estos casos es de 15 minutos.
- Nivel III (amarillo): urgente con potencial riesgo vital para el paciente, pero estable hemodonámicamente. El tiempo de demora máximo es de 60 minutos.
- Nivel IV (verde): urgencia menor, no existe riesgo vital potencial para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V (azul): no urgencia. El tiempo de demora máximo en la atención es de 240 minutos (18).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que es muy importante la realización de un correcto triaje tanto en urgencias como en el lugar del accidente al paciente politraumatizado, ya que de ese triaje dependeran por un lado futuras acciones en el lugar del accidente como una correcta valoración y tratamiento tanto in situ como en el lugar del accidente.
Dicho triaje viene siendo realizado de forma habitual por el personal de enfermeria y mas concretamente las enfermeras por lo que toda enfermera tanto de servicios de urgencia moviles como de urgencias hospitalarias deben estar familiarizados y entrenados en la realización de triajes para lo que es una buena herramienta la realización de simulacros.

6 Bibliografía

1. Soler, W.; Gómez Muñoz, M.; Bragulat, E. y Álvarez, A.. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [online]. 2010, vol.33, suppl.1 [citado 2022-07-28], pp.55-68.

Capítulo 4

ESTUDIO ENFERMERO DE CASO ÚNICO DE ANEMIA HEMOLÍTICA

VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ

MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ

JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La OMS define la anemia como "una condición en la que el número de glóbulos rojos o su capacidad de transportar oxígeno es insuficiente para cubrir las necesidades fisiológicas, que varían con la edad, el sexo, la altitud y otras circunstancias como el consumo de tabaco o el embarazo". Según los autores, la anemia es una de las patologías más comunes que debe abordar el personal sanitario (4, 9).
La anemia tiene un origen multicausal:
1. Pérdidas sanguíneas.
2. Destrucción de hematíes (hemólisis).
3. Falta de producción de glóbulos rojos.
De estos tres factores, las pérdidas de sangre es la causa más común de anemia entre los países más desarrollados (4, 9). Sin embargo, en el presente estudio se centrará la atención en el segundo grupo: anemia por destrucción de hematíes.
Así, algunos investigadores apuntaron en 2016 que existe un grupo de anemias cuyo factor en común es la destrucción temprana de glóbulos rojos: la anemia hemolítica (8).

Como se ha mencionado anteriormente, la anemia hemolítica puede producirse por diversas causas. Atendiendo a este criterio, se pueden diferenciar dos tipos de anemia hemolítica (6):

- Anemia hemolítica intracorpuscular: resultado de variaciones en los glóbulos rojos. Este tipo de anemia suele ser hereditaria. Las causas más frecuentes son defectos en la membrana de los hematíes, defectos enzimáticos o defectos en la hemoglobina.
- Anemia hemolítica extracorpuscular: se produce por causas ajenas a los glóbulos rojos, siendo, por tanto, adquirida. Este tipo de anemia sería el resultado de mecanismos inmunes (anemia hemolítica aloinmune o autoinmune) o de mecanismos no inmunes (agentes tóxicos, infecciosos, factores mecánicos, secuestro de hematíes en el bazo, entre otros).

En 2019, Morata y Morata destacaron que la clínica más frecuente que puede encontrarse en la anemia hemolítica es (5):

- Ictericia.
- Coluria.
- Acolia.
- Esplenomegalia,
- Elevación de reticulocitos, esferocitos/esquistocitos en sangre periférica.
- Elevación de lactatodeshidrogenasa (LDH) y de bilirrubina indirecta.
- Disminución de haptoglobina.

Según la OMS la anemia afecta a un 24.8% de la población. Su máxima prevalencia es en niños en preescolares (47,4%) y la mínima se da en hombres (12,7 %). El grupo de población que cuanta con mayor número de personas afectadas en el de mujeres no embarazadas.

Centrándonos en la anemia hemolítica se desconocen datos epidemiológicos de todos los tipos que hay. Se estima que la anemia hemolítica autoinmune tiene una incidencia anual de 1/35.000 – 1/80.000 en América del Norte y Europa occidental (1).

La anemia hemolítica se caracteriza por una disminución de la hemoglobina y un aumento de los reticulocitos. Con un análisis de sangre vamos a poder determinar si la anemia hemolítica es intravascular o extravascular:

- Anemia hemolítica intravascular: caracterizada por un aumento de la hemoglobina plasmática y de la LDH, una disminución de proteínas plasmáticas (haptoglobulina y hemopexina) y por la presencia en orina de hemoglobina y de hemosiderina.

- Anemia hemolítica extravascular: se caracteriza por un aumento de la bilirrubina, urobilina en la orina y esterecobilinógeno fecal.

La primera prueba que se realiza para confirmar esta enfermedad es la Prueba de Coombs. Esta permite detectar un aumento de la presencia de anticuerpos ya sean adheridos a estos o presentes en la porción líquida de la sangre y que son los responsables de la destrucción de los eritrocitos. Si el resultado de esta prueba es positivo nos encontramos con una anemia hemolítica inmune mientras que si es negativo nos encontramos con una anemia adquirida o congénita. En el segundo caso sería necesario realizar pruebas específicas para ver la morfología de los eritrocitos. Para ello se realiza un frotis de la sangre prueba que examina el tamaño, la forma y el número de células sanguíneas. Si con esta prueba observamos células falciformes, hipocromía, microcitosis, etc. se procederá a investigar la posible existencia de hemoglobinopatías y membranopatías. Si por el contrario no encontramos una morfología específica procederemos a realizar todas las pruebas diagnósticas para un proceso hemolítico donde encontramos pruebas como la electroforesis en gel de poliacrilamida o test EMA por citometría (2, 6).

El tratamiento de elección para la anemia hemolítica es un corticoesteroide en concreto la prednisona. La dosis inicial es de 1 mg/kg/día. Esta se irá reduciendo o no en función de la respuesta clínica del paciente. Una vez estabilizados los niveles de hemoglobina se reduce la prednisona a una dosis de 20 mg/día en dos semanas. Si el nivel de la hemoglobina permanece estable, la dosis se vuelve a reducir a 10 mg/día después de un mes. A partir de entonces, la dosis de esteroides se reducirá y se suspenderá después de dos semanas. Si el paciente no responde a los corticoesteroides o cuando estos causan efectos secundarios intolerables, la esplenectomía es, con frecuencia, el tratamiento a seguir (7, 9).

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es establecer un Plan de Cuidados de Enfermería eficaz acorde a un caso de anemia hemolítica autoinmune recién diagnosticado.

3 Caso clínico

Paciente de 8 años de edad que asiste a SUH acompañada de su padre por mareos sucesivos cuando se levanta. El padre comenta que lleva varios días con heces acólicas y coliuria. Presenta astenia, sensación de mareo y coloración pálida-ictérica.

- Valoración enfermería: constantes vitales: FC= 120; TA= 126/80 mmHg; Sat O2: 92 %; Temperatura: 36º. Observamos que la saturación de O2 es baja, se le ponen gafas nasales.
- Diagnóstico médico: pide una analítica de sangre, donde se aprecia una disminución de hemoglobina y un aumento de reticulocitos. Se pide Prueba de Coombs. El resultado de la Prueba de Coombs es positivo, el facultativo diagnóstica anemia hemolítica autoinmune.

Plan de atención de enfermería:
De los 12 patrones de Marjory Gordon, nuestra paciente tiene alterados los siguientes patrones:
- Patrón 1: percepción y manejo de la salud.
- Patrón 2: nutrición.
- Patrón 7: autopercepción- autoconcepto.

Patrón 1. Percepción o control de la salud.
Diagnóstico: (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud.
- Características definitorias: falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.
- Factores relacionados: incapacidad para realizar juicios apropiados.
NOC: Conducta de fomento de la salud.
Indicadores:
Sigue una dieta sana: nunca demostrado
Supervisa los riesgos de la conducta personal: raramente demostrado.
Equilibra actividad y reposo: raramente demostrado.
NIC: Educación sanitaria.
Actividades:
Identificar los factores internos o externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
Ayudar a las personas, familias y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
Formular los objetivos del programa de Educación para la Salud.

Patrón 2. Nutricional metabólico:
Diagnóstico: (00001) Desequilibrio nutricional.
- Características definitorias: peso corporal superior al 20% al ideal según la talla y constitución corporal.
- Factores relacionados: aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

NOC: Conocimiento: manejo del peso:
Indicadores:
- Relación entre dieta, ejercicio y peso: conocimiento escaso.
- Cambios en el estilo de vida para favorecer el peso óptimo: conocimiento moderado
- Técnicas de autocontrol: conocimiento moderado.
NIC: Modificación de la conducta.
Actividades:
- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Comentar el proceso de modificación de la conducta con el paciente/allegados.

Patrón 7. Autopercepción- autoconcepto
Diagnóstico: (00120) Baja autoestima situacional.
- Características definitorias: Subestima su habilidad para gestionar la situación. Verbalizaciones de negación de sí misma.
- Factores relacionados: alteración de la imagen corporal.
NOC: Autoestima.
Indicadores:
- Nivel de confianza.
- Mantenimiento del contacto ocular.
- Sentimientos sobre su propia persona.
NIC: Potenciación de la autoestima y reestructuración cognitiva.
Actividades:
- Ayudar al paciente a encontrar su autoaceptación.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales e irracionales por otras racionales.
- Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.
- Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.

4 Discusión-Conclusión

Una vez puesto en marcha el Plan de cuidados desarrollado por Enfermería, junto a revisiones e intervenciones médicas y de otros profesionales sanitarios del ser-

vicio de urgencias hospitalarias y del laboratorio de análisis clínicos, la paciente fue poco a poco mejorando y sintiéndose mejor consigo misma.
En primer lugar al obtener los resultados de la analítica y de las pruebas correspondientes, la paciente se concienció de que debía de seguir las pautas establecidas por el personal sanitario.
Respecto a la percepción y manejo de la salud, la paciente y la familia han tenido la suerte de tratar con un enfermero que a su vez ha estado trabajando anteriormente como psicólogo. Él como profesional de la mente humana ha animado tanto a la familia como a la paciente a realizar el plan de cuidados y a seguir las recomendaciones del personal médico con el principal objetivo de trabajar en común para conseguir los objetivos propuestos. El resultado final fue muy satisfactorio y la paciente se sintió mejor consigo misma y notó un incremento de su salud muy notorio. Además, la familia se sintió muy bien al haber colaborado en el proceso y de que todo haya salido según lo previsto.
En cuanto al patrón nutricional metabólico, médicos y enfermeros apoyados por el equipo de nutrición propusieron a familia y paciente un plan de dieta estricto para ella, que fue explicado con claridad a ambas partes, ya que no sólo la paciente es la principal responsable, sino que la familia también desempeña un papel fundamental. El objetivo principal es mejorar la digestión.
Finalmente, en lo que respecta al patrón de autopercepción-autoconcepto, el principal objetivo es incrementar la confianza y autoestima de la paciente. Tras llevar a cabo la las recomendaciones del personal sanitario y tras identificar sus emociones dándoles una correcta expresión cognitivo - conductual, la paciente logró mejorar su autoconcepto y, por tanto, su autoaceptación.
En definitiva, se puede decir que el trabajo del profesional sanitario ha sido realizado de forma excelente y ha sido mucho más fácil de lo esperado debido a la colaboración e interés de la familia y la paciente.

5 Bibliografía

1. Guías de Hematología, S. A. (2017). Guías de diagnóstico y tratamiento 2017. Sociedad Argentina de Hematologia.
2. Hernández González JL, Fortún Prieto A, Campo Díaz MC. Fundamentos fisiopatológicos para el diagnóstico de la anemia hemolítica autoinmune. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2019;23(5):745-757.
3. Michel M, Terriou L, Roudot-Thoraval F, Hamidou M, Ebbo M, Le Guenno G, et al. A randomized and double-blind controlled trial evaluating the safety and efficacy of rituximab for warm auto-immune hemolytic anemia in adults (the

RAIHA study). Am J Hematol 2017;92(1):23-27.
4. Moraleda Jiménez J. Pregrado de hematología. Madrid: Luzán 2017;5.
5. Morata Alba J, Morata Alba L. Anemia hemolítica, causa no habitual pero tampoco rara. Pediatría Atención Primaria 2019;21(81):57-60.
6. Palomo, I., Pereira, J, y Palma, J. (2005). Hematología: fisiopatología y diagnóstico. Editorial Universidad de Talca, 760-792
7. Phillips J, Henderson AC. Hemolytic anemia: evaluation and differential diagnosis. Am Fam Physician 2018;98(6):354-361.
8. Piqueras MB, Perianes VC, Arnao MM, Fiérrez ES. Actualización en anemias hemolíticas. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2016;12(20):1148-1158.
9. Sánchez NRE, Saltos MKC, Contreras NCL, León AVM. Anemia hemolítica inmune: diagnóstico y tratamiento. Recimundo 2019;3(2):52-67.
10. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
12. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
13. Bulechek GM, Johnson M, Merodean M, McCloskey-Dochterman J, Moorhead S, editores. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

Capítulo 5

PARADA CARDIORRESPIRATORIA. LA IMPORTANCIA DE UNA RÁPIDA ACTUACIÓN.

LAURA MASEDA RIVAS

1 Introducción

La parada cardiaca es una urgencia vital que cursa con una interrupción brusca, repentina y potencialmente reversible de la respiración y de la circulación, pudiendo ser revertida con una adecuada reanimación cardiopulmonar (RCP). Es una situación clínica que puede presentarse en cualquier etapa de la vida de una persona, independientemente del sexo, bien de forma repentina o con una serie de síntomas previos característicos. Pese a los grandes desarrollos y avances alcanzados a los largo de la historia, sigue siendo una enfermedad muy frecuente e impredecible en muchas ocasiones, por lo que su abordaje continúa siendo un reto para el equipo asistencial y para toda la población.

La realización precoz y efectiva de la RCP está directamente relacionada con las posibilidades de supervivencia, aumentando en gran medida la misma. Por ello, los testigos y todas las personas que presencien estas situaciones, así como el personal médico a la hora de efectuar el soporte vital avanzado (SVA), cumplen un importante papel, pudiendo lograr que la víctima sobreviva.

En el ámbito intrahospitalario, la enfermería tiene vital importancia en el abordaje de esta patología, dada la gran cantidad de tiempo que estos profesionales dedican a sus pacientes. Reside aquí el interés de que este personal reconozca las situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR) según sus diversas etiologías, tenga los conocimientos necesarios para actuar de manera temprana con la

mayor eficacia y sepa tratar todas las fases de la enfermedad. Estos conocimientos deben ser regularmente actualizados y permanentes, combinándolos con la docencia práctica y actividades educativas, para prevenir así un mayor número de muertes ante esta urgencia vital.

2 Objetivos

La presente investigación tiene como objetivo principal dar a conocer las actuaciones, tanto para la población como para los profesionales de enfermería, en la detección y la intervención inmediata en la PCR en pacientes adultos, fomentando así la actualización de conocimientos.
Asimismo, trata de proporcionar conocimientos sobre cómo reconocer una PCR; conocer las actuaciones a realizar ante la PCR infantil y otras situaciones especiales; saber cuáles son los signos y síntomas de detección precoz; conocer las maniobras de Soporte Vital Básico (SVB) y Soporte Vital Avanzado (SVA) y conocer cómo revisar y comprobar el material y medicamentos de carro de paradas, siendo estos los objetivos secundarios

3 Metodología

Se trata de una investigación cualitativa, con un alcance descriptivo, no experimental y transversal, obteniendo la información para ello a través de una minuciosa revisión bibliográfica, tanto de documentos en formato digital como impresos, la observación pasiva no participante de los profesionales de enfermería implicados y entrevistas estructuradas a dos sujetos pertenecientes a este grupo profesional. Los entrevistados debían cumplir el requisito de haber realizado alguna vez las técnicas de resucitación cardiaca durante su carrera profesional.

4 Resultados

Las técnicas de resucitación han estado presentes a lo largo de la historia del hombre, hasta llegar a las utilizadas a día de hoy. Actualmente, la metodología utilizada se basa en las recomendaciones en soporte vital del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), las cuales han sido publicadas el 15 de octubre de 2015 en todo el mundo, siendo sometidas a revisión permanente cada 5 años.

En los documentos revisados se estudia la actuación urgente ante PCR en diferentes pacientes: en adultos, por intoxicaciones, en niños, embarazadas, ahogados, atragantamientos, por anafilaxia, etc., siendo todas ellas diferentes. En la mayoría de ellos, se estudian y comparan las técnicas de SVB y SVA. A su vez, se estudia y valoran otros aspectos, como son el tiempo de parada hasta la implantación del SVB, la etiología y las circunstancias de la misma, los antecedentes de las víctimas y los conocimientos de la población y los profesionales.

Portales Médicos estudia el caso de un varón de 78 años, autónomo para las Actividades de la Vida Diaria (AVD), con antecedentes de dislipemia y Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, sin intervenciones quirúrgicas ni alergias medicamentosas conocidas; su medicación habitual es Acarbosa, Metformina, Omeprazol y Atrovastatina. El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CUU) de Aragón recibe aviso a las 18:55 horas el 20 de abril de 2013 de desvanecimiento y caída al suelo, inconsciente, de un varón en un establecimiento público. A los dos minutos se activa el equipo correspondiente y una unidad de SVB que, al llegar al lugar del suceso, inicia las maniobras de soporte vital a las 19:00 horas y la aplicación del DEA (Desfibrilador Automático). Se aplica la primera descarga a las 19:01 y una segunda a los dos minutos, colocando posteriormente una mascarilla laríngea. Quince minutos después, tras 2 descargas y 4 Adrenalinas IV, el paciente recupera la circulación.

Salzberg et al. analizan el caso de un varón que cae inconsciente en la calle. Ciudadanos que lo presenciaron llamaron a un centro médico, desde el cual el personal médico tardó menos de 2 minutos en aparecer. El paciente no responde, no respira ni tiene pulso. Se inician maniobras básicas de RCP entre dos profesionales. Se solicita un DEA, que llega al tercer ciclo del masaje cardiaco. Éste detecta el ritmo de desfibrilación, realiza la descarga y posteriormente se retoma el masaje cardiaco. Inmediatamente, se constata pulso carotideo y se traslada al paciente al centro médico.

Por otra parte, Juguera estudia el caso de un paciente de 52 años derivado a urgencias tras ser encontrado somnoliento en la bañera por ingesta elevada de alcohol. Su temperatura central al llegar es inferior a 33ºC y la Frecuencia Cardiaca (FC) de 27 latidos por minuto. Tras su monitorización, sufre PCR, por lo que se inician las maniobras de SVA. Tras 20 minutos de RCP y recalentamiento central, la víctima recupera el ritmo sinusal y se traslada a la UCI.

La Sociedad Castellana de Cardiología expone el caso clínico de un paciente de 22 años con antecedentes de asma y consumo habitual de hachís. Estando en su domicilio, sufrió una pérdida súbita de conciencia, por lo que su familia pidió ayuda. A los diez minutos llegaron los servicios de emergencias extrahospitalar-

ias, constatando la ausencia de pulso e iniciando las maniobras de RCP avanzada. El primer ritmo registrado fue FV, y tras 55 minutos de reanimación, se recuperó la circulación espontánea.

Campos et al. exponen el caso de un paciente varón de 58 años con antecedentes de episodio único de FA paroxística y DM tipo 2 que presentaba dolor lumbar de 24 horas de duración. En el domicilio presenta mareo con dificultad respiratoria y sensación de muerte inminente, con posterior pérdida de conciencia. Cuando llega la UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) móvil al domicilio, el paciente está en asistolia. Con la realización de maniobras de RCP avanzada, el paciente recupera el pulso.

Pardo et al. analizan a un paciente de 78 años al que se le programa una fijación de C1-C4. Durante la cirugía, transcurridas 3 horas de la misma, se detecta pérdida de capnografía y extubación del paciente en prono. El paciente comenzó a presentar desaturación y bradicardia, con posterior PCR, precisando su colocación en decúbito supino e inicio inmediato de las maniobras de reanimación. Se le administra 1 mg de Adrenalina y de Atropina, recuperando el ritmo a los 2-3 minutos.

Por último, se ha revisado el caso clínico expuesto por Chávez et al., paciente con antecedentes de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), FA, asma e hipertensión, que sufre una disnea súbita de horas de evolución, con trabajo respiratorio y cianosis con fiebre. En su domicilio sufre una PCR que se soluciona a los 5 minutos de RCP avanzada.

Tras la revisión bibliográfica de la literatura, se puede constatar que existe gran cantidad de información sobre esta temática en los últimos 5 años, aunque las maniobras de resucitación ya se practicaban desde antes. En la gran mayoría de casos clínicos existentes, la realización de maniobras de reanimación, tanto básica como avanzada, han mostrado efectos positivos.

Rojas et al. alegan en su investigación "La resucitación cardiopulmonar efectiva y la desfibrilación precoz han sido ampliamente demostradas como terapia efectiva frente a la muerte súbita por fibrilación ventricular".

Por otra parte, se han hallado autores, en menor número, que manifiestan que, pese a la gran cantidad de información en este ámbito, se necesarias más investigaciones. Uno de ellos es Pedrosa, que establece:

"Los resultados obtenidos a través de este trabajo evidencian una preocupante falta de publicaciones relevantes sobre planes integrales de RCP de los hospitales españoles por lo que se hace difícil llevar a cabo la identificación de posibles problemas o carencias en la organización de la RCPIH (RCP Intrahospitalaria), lo que supone un impedimento en el avance científico en este campo. "

En todos los documentos revisados se manifiesta que el conocimiento de estas técnicas de resucitación cardíaca, tanto por parte de los profesionales sanitarios como por parte de la población en general, supone una indudable mejoría en el pronóstico de las víctimas de PCR.
Así, Pindado concluye en su investigación: "La monitorización de los pacientes, la formación del personal, el reconocimiento precoz, un sistema rápido y eficaz para pedir ayuda y una respuesta rápida; ayudan a mejorar la supervivencia y a prevenir la parada cardíaca."
A su vez, todos los documentos establecen que las técnicas de SVA están íntimamente vinculadas a las de SVB en el abordaje de pacientes en PCR, incrementando enormemente el número de personas reanimadas.
En varias ocasiones, aunque escasas, en las que se ha tenido la posibilidad de realizar observación pasiva y presenciar casos de PCR en el ámbito intrahospitalario, se ha analizado la reacción por parte del colectivo enfermero. En todas las situaciones, los profesionales supieron cómo actuar en equipo de manera instantánea, iniciando las técnicas de SVB y SVA.
Por otra parte, se ha analizado la información recogida en las entrevistas en profundidad realizadas a los profesionales de enfermería, obteniendo así los siguientes resultados:
- Pregunta 1: Se ha comprobado que el conocimiento por parte del personal sanitario en la actuación urgente ante las PCR es de vital importancia para la eficacia de la misma. ¿Sabría usted definirme, con sus propias palabras, lo que es la PCR? ¿Y la RCP?
Los dos profesionales afirman conocer ambos términos, asociando a la PCR a una afectación del aparato respiratorio y circulatorio y la RCP al conjunto de técnicas que se llevan a cabo para revertir tal situación.
- Pregunta 2: ¿Cómo reconocería una PCR?
Ambos sujetos declaran que debe existir un cese de la respiración espontánea.
- Pregunta 3: ¿Alguna vez ha realizado la RCP?
Los dos aseguran haberla realizado alguna vez durante su carrera profesional.
- Pregunta 4: ¿En qué situación?
El primer sujeto reconoce haberla realizado en un paciente trasladado del quirófano, mientras que el segundo especifica que la ha realizado a un paciente postquirúrgico. En ambos casos, los dos pacientes habían estado en quirófano previamente a la PCR.
- Pregunta 5: ¿En qué situaciones son más frecuentes las PCR?
Aunque uno de los profesionales entrevistados amplía muchos más la respuesta que el otro, ambos coinciden en que se deben en gran medida a causas cardiacas.

- Pregunta 6: Durante su formación profesional, tanto para obtener el título universitario como en la formación continuada, ¿recibió usted información sobre este campo? ¿Cree que ha sido suficiente?
Pese a que ambos sujetos han recibido formación profesional referente al tema durante los estudios de Grado, confiesan que se debería ampliar, en concreto en el ámbito práctico, y fomentando este aprendizaje en el colectivo escolar.
- Pregunta 7: ¿Dispone en su unidad del carro de paradas?
Los dos profesionales disponen de un carro de paradas en su unidad.
- Pregunta 8: ¿En caso de PCR, conoce la distribución del material en el carro?
Igualmente, ambos declaran conocer la distribución del material del mismo.
- Pregunta 9: ¿Cuál sería el primer material a utilizar en este caso?
Ante esta pregunta, los dos sujetos nombran el DEA, mientras que sólo uno de ellos hace referencia a la cánula de Guedel.
- Pregunta 10: ¿Sabe utilizar el desfibrilador?
Los dos entrevistados manifiestan que saben utilizarlo.
- Pregunta 11: ¿Cada cuánto se debe comprobar el carro de paradas y el desfibrilador de su unidad?
El primer sujeto responde que el carro de su unidad se revisa una vez a la semana, mientras que en la unidad del segundo sujeto se realiza todos los días de la semana.
- Pregunta 12: ¿Sabría decirme cuáles son los ritmos desfibrilables?
Ambos coinciden en su respuesta: los ritmos desfibrilables son la FV y la TV sin pulso.
- Pregunta 13: ¿Considera necesaria la educación sanitaria de la población en general en la actuación ante esta situación clínica?
Los dos profesionales consideran la educación sanitaria de la población en general muy necesaria, uno de ellos alegando que es fundamental.
- Pregunta 14: ¿Por qué?
Los dos creen que esto se debe a que las PCR también se producen en el ámbito extrahospitalario, por lo que la población debería saber cómo actuar hasta que llegan los servicios de emergencias, salvando así numerosas vidas y disminuyendo complicaciones o daños cerebrales irreversibles.
- Pregunta 15: ¿Cree que se debería hacer hincapié en la difusión de estos conocimientos por parte de las administraciones educativas?
Los dos sujetos afirman que sí se debería formar a los niños en los colegios sobre el tema en cuestión y a la población en general.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de toda la información recogida en la búsqueda bibliográfica, se comprueba que hoy en día se dispone de amplia y valiosa información acerca del comportamiento a adoptar ante situaciones de PCR en diferentes tipos de pacientes y circunstancias, aunque la que más abunda es la referente a la PCR estándar en el adulto. Esto no siempre es beneficioso, ya que existen ciertos puntos donde algunos autores difieren en opiniones, como por ejemplo en la administración de fármacos en el SVA. Pero, aunque existan diferencias específicas, la mayoría, si no todos, coinciden en la actuación general y los pasos a seguir ante una PCR, basándose en la cadena de supervivencia.

La mayoría de las PCR en España se asocian a víctimas de sexo masculino, con una edad entre 60-75 años, muchos de ellos sucedidos en el propio domicilio, de origen predominantemente cardiogénico. Por otro lado, la mayor parte de PCR sufridas por pacientes pediátricos, coinciden en una etiología respiratoria.

Todas las investigaciones y documentos consultados afirman que abordar estas situaciones de forma precoz aumenta las probabilidades de supervivencia de las víctimas, sin necesidad de que sea por parte de profesionales sanitarios. Es por eso que formar a la población acerca de esta temática podría suponer una disminución de la mortalidad a causa de las PCR. Comenzar a instruir y a preparar a los colectivos sociales más jóvenes sería una medida a tener en cuenta, incluyendo los primeros auxilios dentro de los programas educativos de la educación primaria y secundaria. De esta manera, no sólo se beneficiarían de ellos los alumnos, sino que el profesorado en general mantendría actualizados y presentes sus conocimientos.

Además de esto, se podría valorar la posibilidad de formar de manera continua y obligatoria a todo el personal sanitario, a través de cursos de formación continuada, charlas grupales, simulacros y todo tipo de actividades formativas, ya que es un colectivo que está siempre en permanente contacto con este tipo de situaciones clínicas.

Las técnicas de SVB y SVA son determinantes para conseguir la supervivencia de víctimas de PCR, las cuales han estado presentes en toda la historia de la humanidad. Con el tiempo, éstas han ido cambiando y evolucionando, hasta llegar a las actuales. Gracias a este desarrollo, hoy en día se dispone de innovadoras y sofisticadas tecnologías que facilitan en gran medida la actuación urgente. Es evidente que las tecnologías están en continuo desarrollo, adquiriendo un importante protagonismo en el ámbito sanitario, por lo que deberían ser estudiadas constantemente y siendo evaluadas para perfeccionar las actividades urgentes.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Cardiología. SEC. Online; 2013. Acceso 23 de Noviembre de 2018. Disponible en: https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/4619-probabilidades-de-sobrevivir-a-pcr-se-reducen-a-mitad-tras-sexto-minuto
2. SEMICYUC. Plan Nacional RCP. Online. Acceso 25 de Noviembre de 2018. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/la_cadena_de_supervivencia_de_la_semicyuc.pdf
3. Castro A. Fundación Española del Corazón. Online. Disponible en http://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/3095-rehabilitacion-cardiaca-como-recuperarse-tras-un-infarto.html
4. Morales Martínez, D., & Tobajas Asensio, J. A. Protocolo de actuación de Enfermería en la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria.
5. Álvarez Fernández JA, Peralez Rodríguez de Viguri N. Recomendaciones internacionales en resucitación: del empirismo a la medicina basada en la evidencia.. Med Intensiva, 29 (2005), pp. 342-8
6. Curso de resucitación cardiopulmonar instrumental y desfibrilación semiautomática (programa de emergencias y resucitación Plan Nacional de RCP). Barcelona: EDIKA MED; 2007.
7. Abellán Cabanes M. Actuación inmediata en RCP, valoración de intervenciones y maniobras de resucitación más eficaz. [Internet]. Repositori.urv.cat. 2021 [citado el 6 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/en_TFG2898.html
8. Gorordo Delsol LG, Weingerz Mehl Sf. Clasificación del nivel de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar: Aspectos médicos y bioéticos. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2013; 27(3):179-182
9. Herrera-Carranza M, López-Camacho F. Plan hospitalario de reanimación cardiopulmonar y soporte vital. 2a Edición. Servicio Andaluz de Salud Consejería de Salud, 2007

Capítulo 6

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CETOACIDOSIS DIABETICA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ

VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ

JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad que se caracteriza por un defecto en la secreción de insulina, de su acción (resistencia a la insulina en los tejidos) o ambas, acompañada de una alteración en el metabolismo de las proteínas y las grasas. Un aumento de las cantidades de glucosa en sangre de manera no controlada puede comprometer gravemente muchos órganos y tejidos. Existen tres tipos de diabetes(1).

Diabetes tipo II o no insulinodependiente que se caracteriza principalmente por una resistencia a la insulina en los tejidos periféricos, por lo que la insulina no puede ejercer su acción de manera adecuada elevándose de esta manera los niveles de glucosa. Es la más común en la población adulta, siendo el 90-95% de todos los casos diagnosticados de diabetes tipo II(1).

Diabetes tipo I o insulinodependiente o juvenil se caracteriza porque el páncreas no es capaz de liberar la cantidad suficiente de insulina por lo que de la misma manera se va a producir un estado de hiperglucemia mantenida en los tejidos. Este tipo de diabetes representa entre el 5 -10% de todos los casos diagnosticados

de diabetes y su debut suele ser en edad temprana. Este tipo de diabetes precisa un control más estricto de los valores glucémicos desde una edad temprana(1).
Diabetes gestacional es la que se genera durante el embarazo. Se suele diagnosticar con cribados de diabetes durante el embarazo y precisan de un control estrictos para mantener los niveles de glucosa estables durante este periodo(1).
Los criterios para el diagnóstico de DM según la ADA 2018 son: Glucemia > o igual 126mg/dl, TTOG > O IGUAL 200mg/dl o HbA1c > o igual 6,5, o una glucemia > o igual 200mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia. Además, para la confirmación del diagnóstico debe hacerse un segunda prueba, y si los dos superan lo anteriormente descrito se confirma el diagnostico de diabetes. Si no son lo superan ambos deben repetirse.
Mantener hábitos de vida saludables es esencial durante toda la etapa de la vida, pero es especialmente importante en personas diagnosticadas de diabetes. El control de los factores de riesgo cardiovasculares en conjunto, además, de realizar ejercicio físico y tener hábitos alimenticios saludables es imprescindible para la prevención y/o control de la enfermedad(2).
La mayor complicación de la diabetes es el coma diabético, pudiendo producirse por una elevación de glucemia en sangre (hiperglucemia) o una disminución de glucosa en sangre (hipoglucemia). La cetoacidosis diabética que se produce por una cantidad insuficiente de insulina de manera mantenida que no permite que ingrese glucosa en las células para que puedan funcionar con normalidad, por lo que el hígado metaboliza las grasas produciendo cetonas que se acumulan en el organismo generando toxicidad. A la vez se produce un desequilibrio hidroelectrolítico, habiendo una pérdida de iones Na, K, Mg Y P. Los principales síntomas son poliuria y polidipsia en etapas iniciales, y cuando ya está instaurada la cetoacidosis puede haber otros síntomas como respiración profunda y rápida, sequedad de piel y mucosas, cefalea, disnea, rigidez muscular, náuseas y vómitos(2,3).
Desde el punto de vista de enfermería es importante intervenir en la diabetes desde antes de su aparición, además de educar cuando la diabetes ya está diagnosticada en un estricto control de esta para evitar futuras complicaciones tanto crónicas como agudas como puede ser la cetoacidosis diabética.

2 Objetivos

- Conocer los principales signos y síntomas de la cetoacidosis diabética para identificarla tempranamente. Conocer la última evidencia científica de actuación ante una cetoacidosis diabética.

- Identificar las principales aspectos preventivos de la cetoacidosis diabética.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se ha realizado para identificar la literatura actual más relevante de la cetoacidosis diabética y el impacto en la población.
La estrategia de búsqueda se realizó entre los meses de mayo y agosto de 2022 en diferentes fuentes bibliográficas como la base de datos Pubmed, Scopus y la Web of Science (WOS), además de la biblioteca virtual en salud (BVS), documentos oficiales y diferentes páginas web como periódicos y blog de noticias. Se filtraron los estudios publicados en los últimos 10 años. No hubo restricción en el idioma de los estudios finalmente incluidos en la revisión.

4 Resultados

Identificación y actuación principal en el paciente con cetoacidosis diabética.
Es importante realizar una adecuada recogida de datos de la historia clínica del paciente: velocidad de instauración del nivel de conciencia, lugar y circunstancias, etc. Además, debe complementarse con las siguientes exploraciones cuando nos encontramos con un paciente con una cetoacidosis diabética instaurada y con pérdida de conciencia de manera general(4,5):
- Permeabilidad de la vía respiratoria y estabilidad hemodinámica. Tomar medidas para trasladar al paciente al centro hospitalario más cercano. Canalización de vías venosas periféricas y administrar tratamiento según pauta médica.
- Identificación de otras lesiones.
- Exploración neurológica: la escala de mayor precisión y con mayor evidencia científica utilizada en España es la escala Glasgow.
- Exploración del patrón respiratorio: Cheyne-stoke, Kussmaul, Aupneustica (es la característica de la acidosis metabólica, y, atáxica.
- Movimientos oculares y reactividad pupilar.
- Respuestas motoras: decorticación o descerebración.

El paciente debe derivarse con la mayor brevedad una vez estabilizado al centro hospitalario más cercano para recibir cuidados intensivos.
Aspectos preventivos de la cetoacidosis diabética
La educación diabetológica es el eslabón principal en personas con diabetes, tanto para mantener un buen control en personas que ya conocían la enfermedad previamente, o en el debut (ya que muchas personas debutan con este problema metabólico)(4).

La cetoacidosis diabética puede instaurarse por situaciones que la precipiten en personas que previamente han sido diagnosticadas con diabetes como poder: fiebre mantenida en procesos catarrales, infecciones, etc. o ante cualquier síntoma previamente descrito, por lo que hay que explicar al paciente las situaciones en las que debe realizarse la prueba de cuerpos cetónicos y como actuar según los resultados de esta(5,6).
Un control adecuado de la diabetes con un control de peso adecuado, dieta equilibrada, insulina acorde con las raciones o según pauta de manera individualizada, control de la tensión arterial, evitar el sedentarismo y hábitos de vida tóxicos son medidas imprescindibles para mantener un buen control en un paciente diabético. Estas recomendaciones están avaladas por la última literatura científica del momento(6).

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de cribado de la diabetes desde Atención Primaria deben ser el primer eslabón en la cadena de prevención. La estrategia actual es un cribado oportunista con glucemia basal cada 3 años en mayores de 45 años, al igual que otros factores de riesgo cardiovasculares (en adultos). El control estricto de la diabetes va a prevenir las complicaciones microvasculares y evitar su evolución. En pacientes que además tienen asociados otros factores de riesgo la cetoacidosis diabética puede precipitarse en determinadas situaciones con más facilidad por lo que es importante un control lipídico adecuado con una reducción de los triglicéridos, aumento de ejercicio físico y cese de hábitos tóxicos como el consumo de drogas, alcohol y tabaco.
Definitivamente para la prevención de la cetoacidosis diabética como complicación potencialmente mortal en pacientes diabéticos es importante un buen control de la diabetes de manera sistemática y a su vez de todos los factores de riesgo cardiovasculares modificables que engloban el proceso de enfermedad.

6 Bibliografía

1. DIABETES. Organización Mundial de la Salud. 2022 [cited 2022 Aug 15]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. Cetoacidosis Diabética. Centros para el control y prevención de enfermedades. 2022 [cited 2022 Aug 16]. Available from: https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetic-ketoacidosis.html#::text=La
cetoacidosis diabética ocurre cuando,que produce ácidos llamados cetonas.

3. Diabetes. Tipos de Diabetes. Fundación para la diabetes. 2022 [cited 2022 Aug 15]. p. 1. Available from: https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/177/tipos-de-diabetes-ninos
4. Coma Diabético. Mayo Clinic. 2022 [cited 2022 Aug 24]. p. 1. Available from: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetic-coma/symptoms-causes/syc-20371475
5. Cetoacidosis Diabética. MSD Manual para profesionales. 2022 [cited 2022 Aug 17]. p. 1. Available from: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-endocrinológicos-y-metabólicos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/cetoacidosis-diabética-cad
6. Pruebas de cetonas en la orina. Información de salud. 2022 [cited 2022 Aug 22]. p. 1. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-cetonas-en-la-orina/

Capítulo 7

ENFERMERÍA: MANEJO DE LA TERAPIA INTRAVENOSA CON LA BOMBA DE INFUSIÓN CADD-LEGACY® PLUS

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

MARÍA ALMANSA TORRENTE

GONZALO CUESTA NARES

FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

1 Introducción

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, por tanto se trata de un problema sanitario de primera magnitud, debido a su incidencia y mortalidad.
Uno de los tratamientos aplicados para estos pacientes es la quimioterapia. En el Hospital de Día contamos con un fármaco quimioterápico denominado 5-FU.
Este fármaco permite la infusión continua ambulatoria del tratamiento a través de una bomba de infusión acoplada al reservorio subcutáneo que va conectado a un catéter venoso central.
En nuestro servicio usamos la bomba de infusión CADD-Legacy® PLUS. Esta bomba es portátil y ha sido diseñada para administrar medicación al organismo.

Administra medicamentos con una tasa continua en mililitros 24 horas (ml/24h) y almacena la información programada e histórica. El médico prescribe el medicamento específicamente para cada paciente. La enfermera programa la prescripción de la bomba de acuerdo con las instrucciones específicas del médico. Esta bomba de infusión se caracteriza por tener incorporado un software de seguridad y para ello requiere conocimiento en las fases de preparación, infusión y retirada. Existen otros modelos de bombas CADD-Legacy ®disponibles. Debemos revisar la etiqueta posterior de la bomba para asegurarnos de que se trata de una bomba CADD-Legacy®PLUS antes de utilizarla.

2 Objetivos

- Analizar el papel de las bombas de infusión inteligentes proporcionando conocimientos sobre cómo realizar un buen mantenimiento preventivo.
- Explicar el funcionamiento adecuado de la bomba de infusión continua CADDLegacy® PLUS describiendo detalladamente la retirada de bomba.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión y búsqueda bibliográfica de trabajos científicos en distintas bases de datos científicas como Scielo, Dialnet,y Google Scholar, así como de distintas guías de práctica clínica. Experiencia profesional.
Palabras clave: Tratamiento domiciliario, infusión intravenosa, CADD-Legacy® PLUS y quimioterapia.

4 Resultados

La bomba CADD-Legacy® Plus está diseñada para administrar medicación intravenosa de forma programada. La enfermera del Hospital de día deberá comprobar y programar el volumen en recipiente, la tasa continua (ml/h), detector de aire (desactivado, activado en alta sensibilida, o activado en baja sensib.), el sensor línea arriba (desactivado o activado).
Una vez programado hay que dejarlo bloqueado para evitar desajustes accidentales. Es importante educar a los pacientes y cuidadores sobre las distintas alar86 mas y mensajes que pueden aparecer en la pantalla, y darles instrucciones para hacerles frente. Al aparecer:

- “Pila baja”: hay que presionar y deslizar la tapa del compartimento trasero de las pilas, sacarlas y sustituirlas por las pilas nuevas que se le han suministrado; colocar nuevamente la tapa y comprobar que en la pantalla se visualiza la palabra “func”.
- “Presión elevada”: revisar que el sistema que va desde la bomba a la vía no esté acodado o doblado en ningún sitio: si ha detectado el problema, eliminar la obstrucción. La bomba debería dejar de sonar inmediatamente. Si continúa sonando la alarma, hay que apretar la tecla “parada/inicio” durante 3 segundos, hasta que aparezca ”parada” en la pantalla. Si no consigue solucionar el problema, será necesario llamar al número de teléfono que se le ha proporcionado y seguir las instrucciones de la enfermera que le atienda.

Una vez terminado el tratamiento la bomba avisará a través de una alarma para su retirada. Cuando la retirada coincide con el fin de semana es necesario acudir al servicio de Urgencias. Para ello habrá que seguir los siguientes pasos;

Parada de la bomba; al detenerse la bomba se interrumpe la administración de medicamento.

- Pulsar y mantener presionada la tecla STOP/START
- Cuando vea que aparecen los 3 grupos de rayas, será necesario soltar la tecla. El mensaje STOPPED aparecerá en la pantalla principal.

Apagado de la bomba; cuando la bomba está detenida, puede ponerla en estado de baja potencia, apagándola. Se puede apagar la bomba cuando se desconecta de su sitio de acceso para almacenarla.

- Una vez parada, pulsar de forma prolongada: Act/desactivar.
- Cerrar con una pinza la línea de administración del fluido antes de quitar el cassette de la bomba para evitar una infusión de medicamento por gravedad, no controlada.
- Soltar el cartucho con una moneda girando en el sentido de las agujas del reloj.
- Tirar el cartucho desechable.
- Retirar las pilas usadas.
- Heparinizar la vía de acceso central con fibrilín.
- Devolver el bolso y la bomba al servicio perteneciente (en este caso Hospital de Día de Oncología).

Limpieza de la bomba y sus accesorios:

- No sumergir la bomba en agua o líquido de limpieza, ni deje que la solución se empape en la bomba, se acumule en el teclado o entre en el compartimiento de las pilas. La acumulación de humedad en el interior de la bomba podría producir daño a la misma.
- No limpiar la bomba con acetona ni otros solventes para plástico o limpiadores

abrasivos, ya que podrían dañar la bomba. Rutinariamente limpie la bomba para mantenerla libre de polvo, líquidos y materias extrañas.
- Humedecer un paño suave, sin pelusas, con una solución de limpieza y limpie la superficie exterior de la bomba. No permita que la solución se impregne en la bomba.
- Secar toda la superficie con otro paño suave y sin pelusas. Dejar que la bomba se seque completamente antes de volver a utilizarla.

5 Discusión-Conclusión

La tecnología juega un papel muy importante en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente. En particular en el proceso de administración de medicamentos IV con bomba, permite que el paciente reciba el tratamiento adecuado a su proceso en la comodidad de su domicilio, durante 24 horas, sin supervisión continua del profesional de enfermería. Es por ello que las bombas de infusión son cada vez más empleadas en los hospitales con el fin de garantizar una adecuada continuidad asistencial.
Además la bomba CADD-Legacy PLUS aumenta el bienestar y la calidad de vida del paciente, favoreciendo su autonomía, ofreciendo tranquilidad y apoyo más personalizado en el "lugar más terapéutico". Se consigue reducir costes a nivel hospitalario, incrementa la capacidad productiva, eficacia, y efectividad del hospital, y sobre todo, evita infecciones nosocomiales. Al mismo tiempo aumenta la satisfacción paciente/familiar.
La bomba emitirá un sonido de alarma cuando detecte que el volumen del que dispone es escaso. Esto determina que está disponible para su retirada. El servicio de Hospital de Día ofrece una asistencia sanitaria de lunes a viernes siendo posible su retirada. Sin embargo, es habitual la finalización del tratamiento el fin de semana siendo necesario acudir al servicio de Urgencias para la retirada de bomba. Así pues, resulta imprescindible el conocimiento de la misma para su correcto manejo.

6 Bibliografía

1. Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo XXI: maridaje terapéutico Nutrición-Oncología [Internet]. Scielo.isciii.es. 2021 [cited 21 January.

Capítulo 8

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL DOMICILIO

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

MARÍA ALMANSA TORRENTE

GONZALO CUESTA NARES

FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

1 Introducción

La hospitalización a domicilio (HAD) no es un concepto nuevo. Hace medio siglo, los primeros experimentos se realizaron en el Hospital Montefiore de Nueva York. 1947. El objetivo es descongestionar los hospitales y proporcionar un entorno más cómodo para los pacientes y sus familias.

La transfusión de sangre es un procedimiento de tratamiento común para pacientes anémicos. Muchos de estos pacientes tienen dificultad para moverse. La infusión intravenosa en el hogar del paciente permite esta intervención y evita las molestias asociadas con las visitas al hospital. En definitiva, es una mejora en la calidad de vida de muchos pacientes.

Esto incluye donar sangre o plaquetas en el domicilio del paciente y evitar las visitas al hospital. Los riesgos de este tipo de transfusión de sangre son esencialmente los mismos que los de una transfusión de sangre regular, pero la naturaleza

extrahospitalaria de su uso requiere la implementación de estrictas medidas de seguridad y requisitos adicionales específicos para garantizar la seguridad del paciente. Entre ellos se destacan la selección precisa y rigurosa de los candidatos para esta modalidad de transfusión, el equipo de transfusión interno bien entrenado y disciplinado, y los procedimientos de trabajo bien establecidos. Con un profesional bien capacitado y un plan de atención estándar, puede administrar líquidos en casa de manera segura.
Los objetivos alcanzados en este servicio de atención domiciliaria son:
- Evitar trasladar pacientes enfermos, angustiados, generales al centro hospitalario. - Mejorar la calidad de vida del paciente.
Evitar el riesgo de infecciones nosocomiales. - Ahorre tiempo para los pacientes y sus familias con procedimientos regulares de admisión y regreso a casa.

2 Objetivos

Exponer e indicar la actuación de enfermería en la transfusión sanguínea en el domicilio por parte del equipo de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes elegibles para esta atención deben cumplir con ciertos requisitos.
- Tener una línea telefónica en casa.
- Un familiar o cuidador acompaña al paciente durante la intervención y durante varias horas después. - Respetar la higiene del hogar.
Los pacientes deben estar clínicamente estables. -El paciente debe ser transfusionnaïve y no tener reacciones transfusionales.
- El paciente debe estar consciente y orientado. Destino:
- Describir las fortalezas y debilidades.

- Se pedirá a los pacientes o familiares de pacientes que firmen un formulario de consentimiento informado. - Solicitar un hemograma completo + prueba cruzada. El muestreo de sangre se realizará de acuerdo con las instrucciones del médico.
- Hemocod para consultar datos de pacientes. Debe crear una lista de verificación. (Lista de verificación) Tanto en la extracción de sangre, identificación del paciente y transfusión.
- Brazalete de identificación del paciente. Segunda vez:
- Después de confirmar los resultados de los análisis de sangre y la necesidad de una transfusión de sangre, se requieren hemoderivados para el tratamiento de la presión arterial. Se avisará al paciente para que se vaya a su casa y prepare las herramientas necesarias. o Gotero o Bomba electrónica.
+ Sistema cuentagotas o botiquín:
- Guardia. - Acto Cortina 100.
- Urbanson 40. -Urbano 20.
- Adrenalina. - Polaramina.
- Ranitidina. - Mochila de emergencia.
- Hemocódigo - Bolsa de transporte de calor para conductos sanguíneos.
- Verificación de seguridad de datos de identificación de pacientes y productos sanguíneos con colegas. - El se fue a casa.
- Se comprueban los datos del paciente. - Tubería periférica, mínimo Nº20.
- Obtener una constante. Bomba electrónica con caudal y tiempo de infusión programables.
- Verificación por Hemocod (Sistema de Verificación Electrónica). - Iniciar goteo. Quédese en casa durante 20 minutos para estar seguro.
- Después de la transfusión, contactar con el médico tratante para revisar los datos y valorar la adecuación del uso de diuréticos. - Regreso a la base.
- Fechas de administración, cantidades, medicamentos tomados, incidencias registradas en la historia clínica del paciente. - Las bolsas de concentrado vacías se devuelven a la terapia de presión arterial.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos dando incapie a el grado de satisfacción por parte del paciente y familiares es muy elevado, asumiendo tras una transfusión la vigilancia y próximo control por parte del servicio de Hospitalización a domicilio.
El personal de enfermería, que juega un papel clave en los procedimientos de transfusión, vela por el uso seguro de esta tecnología. El conocimiento y las habilidades de todo el grupo, no solo a nivel individual, y la eficiencia del sistema son

necesarios para garantizar todo el proceso. Es por esto que contar con evidencias en campo y contar con un profesional capacitado en la materia es fundamental.

6 Bibliografía

1.https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulolahospitalizacion-domicilio-no-es-13324.
2.https://www.hemomadrid.com/servicios/banco-de-sangre/transfusiondomicilio/.
3.https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/Anexos_Transfusion_Extrahospitalaria.
4.http://www.aneh.es/archives/15_congreso/poster_32.pdf.

Capítulo 9

ENFERMERÍA EN EL DECÚBITO PRONO EN UNIDADES DE CRÍTICOS

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

MARÍA ALMANSA TORRENTE

GONZALO CUESTA NARES

FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

1 Introducción

La posición del paciente en decúbito prono, es una técnica no invasiva, que es utilizada en unidades de críticos, en el tratamiento del SDRA (Síndrome de Distréss Respiratorio Agudo), que es una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar, secundaria a un daño inflamatorio de la membrana alveolar y ocasiona un edema pulmonar, que es debido al aumento de la permeabilidad capilar pulmonar.
Esta posición, nos ayuda a favorecer un incremento de la capacidad funcional pulmonar , mejorando así la redistribución de la perfusión, evacuación y movilidad de secreciones y como consecuencia, mejora la ventilación.
No es una técnica que este exenta de complicaciones , ya que en algunas situaciones es difícil de realizar (como en pacientes con obesidad , con fijadores externos , embarazadas). Diversos estudios confirman la mejoría de la oxigenación con esta técnica, no así como la mortalidad , que no se ha demostrado de momento .

Es una técnica segura , aunque necesita ser protocolizada durante la maniobra.
El papel de la enfermería juega un papel muy importante en la prevención de complicaciones. En los años 70 , fue descubierta esta técnica en un estudio con unos enfermos con insuficiencia respiratoria, donde se veía al pronarlos, que mejoraba la oxigenación.
Actualmente, este tratamiento postural, es un procedimiento que se está aplicando cada vez con mayor frecuencia en las unidades de cuidados críticos.

2 Objetivos

Describir la técnica de decúbito prono para poder ofrecer cuidados con la máxima calidad para el paciente y asegurar la seguridad de la asistencia.

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

Este tratamiento está especialmente dirigido a pacientes con el Síndrome de Distréss Respiratorio Agudo (SDRA).
Para la realización de esta técnica se necesita de uno o dos enfermeras, uno o dos auxiliares , dos celadores y un médico que esté presente en la unidad por si surgieran complicaciones. Se necesitará del siguiente material: sábanas, tres almohadas , empapadores, un rodete para la protección de la cara, alargaderas para en buen manejo de las vías y electrodos.
Para realizar el decúbito prono, el paciente debe estar sedoanalgesiado y relajado según prescripción médica. Se debe suspender, si el paciente estuviera con ella, la nutrición enteral, al menos una hora antes. Antes del procedimiento, comprobaremos heridas quirúrgicas, drenajes, catéteres, sondas y lo más importante , la correcta posición y sujeción del tubo endotraqueal comprobando la presión del neumotaponamiento.

Cuando vamos a iniciar la técnica, debemos colocar los brazos del paciente junto al cuerpo con las palmas de la mano hacia arriba. A continuación colocaremos las almohadas a la altura de la escápula, pelvis y tibias. Una vez puestas colocamos la sábana.
El personal necesario para la realización del prono, se coloca a ambos lados de la cama, sujetado ambas sábanas y enrollándolas hasta que queden bien pegadas al paciente. Muy importante, que esté en la cabecera de la cama, un enfermero/médico , que es el que va a controlar y sujetar el tubo endotraqueal para evitar una extubación y va a ser el que va a ir dando los pasos para dirigir la técnica a realizar.
Colocado el personal a ambos lados de la cama, comenzamos desplazando al paciente hacia el lado contrario que queremos girarlo . En el segundo movimiento, colocamos al paciente en decúbito lateral, elevando el lado más próximo al borde de la cama. Tras este movimiento, los que tienen las sábanas sujetas por debajo, pasan a sujetar las de arriba y viceversa, sin soltar la sábana (confirmando que el compañero tiene sujeta para poder cambiar mano y luego viceversa), acompañamos al paciente en el giro . Lo centraremos en la cama y comprobaremos su correcta alineación corporal.
Luego colocaremos los brazos, uno hacia arriba con rotación externa (para evitar lesiones) y el otro para abajo con rotación interna, así como la cabeza. En estos pacientes han de realizarse los cambios de brazos cada 2/3h (posición de nadador) y de cabeza (siempre con un rodete en forma de U, para así liberar presión de la cara y dejar libre TOT y sonda).
Debemos de hidratar bien zonas de presión con ácidos grasos hiperoxigenados.
El paciente no debe permanecer en decúbito prono no menos de 16h y hasta 24h o más (esto ya dependerá de la decisión del médico).

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada formación y conocimiento por parte del personal sanitario durante el proceso de la técnica de prono, nos ayuda a que los pacientes afectados por SDRA, mejoren su capacidad pulmonar y con esto conseguiremos evitar una mayor morbi-mortalidad, así como una larga estancia hospitalaria.
Es muy importante, que todo el personal sanitario de unidades de cuidados críticos, tenga conocimientos básicos de esta técnica, porque así en una situación crítica, nos evitaría muchas complicaciones. Elaborando un protocolo de actuación de la técnica, conseguimos un plan de cuidados para estos pacientes, y así conseguimos una herramienta de trabajo del personal de unidades de críticos con

el fin de aumentar la seguridad en la maniobra y disminuir las complicaciones.

6 Bibliografía

1. Campello-Vicente C, Vidal-Baños A, Del Saz-Caja MªI, Tomás-Robles A, Villaescusa-Carrillo MªC. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermería en uci: una revisión integrativa. Revista Científica de Enfermería. Mayo;10: 1-16
2. Serrano JA, López N, Cazorla P, López AM, Payán A, Lao FJ. Ventilación en decúbito prono.
3. Bonet Procuras R, Moliné Pallarés A. Protocolo de colocación de paciente con síndrome de Distréss Respiratorio Agudo en decúbito prono. NURE inv.(Revista en internet)2009 May-Jun.

Capítulo 10

ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: PACIENTE PSIQUIÁTRICO

ROSA MARÍA GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud se define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

El abordaje de la urgencia psiquiátrica engloba situaciones de mayor complejidad que la urgencia general, con la dificultad de que muchas ocasiones su asistencia se considera aplazable o no tan urgente.

El profesional deberá explorar mediante la observación, la entrevista y la información proporcionada por terceros los síntomas; así como clasificar la gravedad potencial del paciente, con su repercusión en el tiempo de espera.

Es necesario tener en cuenta el grupo etario al que pertenece la persona a la que se está atendiendo, siendo las tanto las intervenciones a realizar como sus demandas diferentes según nos encontremos ante población infantil, adulta o anciana.

La urgencia psiquiátrica puede surgir fruto de la descompensación de un trastorno psiquiátrico preexistente. Otras, es necesario distinguir entre un cuadro psiquiátrico y uno orgánico.

El paciente con problemas de salud mental tiene derecho a ser informado, así como a ser escuchado y tratado con dignidad y respeto.

La especialidad de psiquiatría contemporánea está orientada hacia un sistema ambulatorio; con la necesaria implementación de la hospitalización domiciliaria.

2 Objetivos

- Analizar los cuadros clínicos psiquiátricos más frecuentemente atendidos en los servicios de urgencias.
- Revisar las intervenciones de los profesionales sanitarios ante manifestaciones clínicas psiquiátricas en dichos servicios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en fuentes secundarias; incluyendo bases de datos como Embase, Pubmed, ClinicalKey, UptoDate, entre otras.
Se consultaron protocolos, guías clínicas y bases de datos de organismos oficiales.
Se acotó la búsqueda de información utilizando como criterios de inclusión: publicaciones de los últimos cinco años (2016-2021); idioma castellano, inglés, portugués; texto completo.
Se utilizaron las palabras clave: psiquiatría, urgencias, enfermería, intervenciones.

4 Resultados

Según la evidencia científica consultada se puede que frecuentemente el abordaje de la urgencia psiquiátrica conlleva intervenciones de mayor complejidad que la urgencia general, con la dificultad añadida de que en muchas ocasiones su asistencia se clasifica erróneamente como aplazable o no tan urgente.
En medicina, el término urgencia se define como aquella situación donde el riesgo vital para la persona sea inminente y exista la necesidad de actuar con rapidez con el objetivo de evitar secuelas graves.
El concepto de urgencia subjetiva se emplea con la finalidad de otorgar reconocimiento al paciente o su familia, ante una situación a la que se otorga una gravedad y desemboca en la demanda de asistencia médica urgente.
Dentro de la psiquiatría la definición aplicable a la urgencia es más inexacta, puesto que además de que el riesgo vital existe, es preciso actuar para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la alteración conductual de la persona.

De esta forma, las urgencias psiquiátricas ponen en evidencia el grado de sufrimiento que tiene el paciente y sus expectativas sobre la asistencia recibida.
Como cualquier paciente con otros problemas de salud orgánicos, el paciente tiene el derecho a ser informado, escuchado y tratado con dignidad y respeto, así como a asegurar la confidencialidad de su historia clínica.
Por ello y con el fin de realizar intervenciones mínimamente lesivas, es vital reducir el número de errores en cualquier fase de la atención: diagnóstico, prescripción de fármacos, valoración del riesgo de auto-heteroagresión y las medidas de contención incluida la física.
Los objetivos principales de la asistencia a la urgencia psiquiátrica deberían ser resolver la necesidad inmediata que presenta el paciente, la identificación del factor que la ha desencadenado, la prevención de futuras recaídas y el fomento de la adherencia al sistema y al tratamiento.
Por otra parte, cuando se esté ante un caso de patologías orgánicas que generen cuadros psiquiátricos debe llevarse a cabo una coordinación y comunicación interprofesional con especialistas de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos mentales han generado un crecimiento de la asistencia a los servicios psiquiátricos de urgencias y hospitalización, así como una alta prevalencia en el uso de la contención mecánica, provocando su utilización situaciones de conflicto emocional e inconvenientes además de poder tener repercusiones terapéuticas, de seguridad y bienestar para el paciente y el profesional.
El modelo actual de atención en el servicio de urgencias y el escaso tiempo disponible para la asistencia a los pacientes predispone a errores diagnósticos y a una mala calidad asistencial. Dada su repercusión en la vivencia de la urgencia y evolución del paciente, es necesaria la formación y capacitación de los profesionales en aspectos que contemplan desde el abordaje de la situación crítica hasta temas ético-legales.

6 Bibliografía

1. Rivera Romero N, Gómez Ocampo ÁP. Abordaje de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales: una propuesta desde el marco de las urgencias subjetivas. PSICOGENTE [Internet]. 2017; 21 (39). Disponible en: http://dx.doi.org/10.17081/psico.21.39.2831

2. Simonelli-Muñoz AJ, Gallego-Gómez JI, Fernández-García N, Rivera-Caravaca JM. Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: a systematic review. An Sist Sanit Navar. 2021;44(1):71–81.
3. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.; 2015.
4. Nieto R., Iribarne C., Droguett M., Brucher R., Fuentes C., Oliva P. Urgencias psiquiátricas en el hospital general. Rev. Med. Clin. Condes. 2017; 28(6) 914-922.
5. J.Á. Alda Díez, A. Huguet Miguel. Urgencias psiquiátricas en la infancia y la adolescencia. I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. 2020: 401-416. Disponible en: https://www.cursopsiquiatriasema.com/
6. Pérez Pérez Y., Turro Mesa L., Mesa Valiente R., Turro Caró E. Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. MEDISAN. 2018;22 (5):543–50.
7. Molero MªM, Pérez Fuentes MC, Gázquez J.J, Barragán AB, Martos A, Simón M. Intervenciones de enfermería en atención de urgencias al paciente suicida, ansioso y violento. Intervención en contextos clínicos y de la salud. ASUNIVEP; 2016.
8. Goñi-Sarriés, A., Janda-Galán, L., Macaya-Aranguren, P., Azcárate, L., López-Goñi, J.J. y Álvarez, I. (2018). Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias. Actas Españolas de Psiquiatría, 46(3), 83-91
9. Cruz C., Rodriguez M. Tendencias futuras en urgencias psiquiátricas. PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2017;(3/4, XXXIV): 269-274.
10. García M.P, Grande I. Consenso Español. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2020.

Capítulo 11

ENFERMERÍA ANTE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

SAMIA AHMED MOHAMED

IKRAM AHMED MOHAMED

HANAN MOHAMED MARZOK

1 Introducción

La nutrición enteral es un soporte nutricional por el cual se introduce nutrientes de manera directa al tubo digestivo. este tipo de nutrición es una alternativa para pacientes que no pueden alimentarse de manera natural.
Los pacientes candidatos a nutrición enteral por sonda son aquellos que no pueden, no deben o no quieren comer y tienen el tracto gastrointestinal anatómica y funcionalmente útil y con un fácil acceso. La vía enteral se considera como la más fisiológica para aportar nutrientes y, siempre que sea factible, se debe priorizar su utilización en relación a la vía parenteral.
La nutrición enteral es una técnica eficaz y sencilla, de fácil manejo. Su práctica debe adaptarse a unas normas precisas de actuación para conseguir los objetivos deseados y evitar complicaciones. Es una práctica muy extendida, cuyo control está en las manos de profesionales como Enfermería, obligando a instaurar un protocolo en el que se establezcan claramente los pasos a seguir para ejecutarla.
Para administrar esta nutrición, se emplea una sonda de alimentación,preferiblemente las de poliuretano o silicona, puesto que permite

una mayor flexibilidad, son más blandas, radiopacas y tienen menor grosor. A pesar de ser una técnica relativamente sencilla, no está exenta de riesgos ni complicaciones.

2 Objetivos

El principal objetivo que se ha establecido para este capítulo es identificar las principales complicaciones que se derivan de la nutrición enteral.

3 Metodología

Revisión bibliográfica a través de la consulta de diferentes bases de datos científicas como Scielo, PubMed y en el buscador Google Académico. Además, se han consultado distintos libros, revistas y protocolos para complementar el estudio.
Las palabras clave utilizadas han sido: nutrición enteral, enfermería, complicaciones y actuación.
Se establecieron unos criterios de inclusión como publicación a texto completo, de acceso gratuito y publicado en idiomas inglés y español.

4 Resultados

La nutrición enteral es cada vez más utilizada en el paciente crítico. Sin embargo, la existencia de complicaciones gastrointestinales asociadas es uno de los obstáculos que dificultan la efectividad de la técnica.
Las complicaciones que profesional de enfermería puede encontrarse en la nutrición enteral no solo pueden estar ocasionadas por la propia nutrición, sino que suelen ser a causa de la rápida administración, los fármacos administrados, posibles infecciones o patologías subyacentes. Es fundamental que enfermería sepa identificar la causa principal para actuar en consecuencia.
Dentro de las principales complicaciones que pueden manifestarse están:
- Aumento de volumen de residuo gástrico: es la complicación más frecuente, considerándose como la presencia de un volumen residual superior a 200 ml obtenido tras valorar el contenido gástrico.
- Distensión abdominal: se produce por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y la capacidad funcional del sistema digestivo.
- Náuseas y vómitos: para evitarlos, es recomendable elevar el cabecero de la cama mientras se administra la nutrición enteral y mantenerlo elevado hasta 60

minutos tras finalizar la administración.
- Estreñimiento: el estreñimiento en pacientes con nutrición enteral es una complicación más frecuente que la diarrea.
- Diarreas: para evitarlas es fundamental controlar la velocidad de administración y el tratamiento farmacológico.
- Complicaciones infecciosas: este tipo de nutrición es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Obstrucción de la sonda nasogástrica (SNG): para evitar esta complicación, es fundamental limpiar la sonda con agua entre tomas. En el caso de obstrucción, lavar la sonda con agua tibia, usar enzimas o incluso cambiar la sonda.
- A la hora de administrar medicamentos, hay que tener en cuenta que se debe comprobar que el medicamento es adecuado para que pueda administrarse por esa vía y que se debe diluir según las normas de preparación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que aunque el empleo de la nutrición enteral ha permitido disminuir el número de complicaciones asociadas, aún persisten problemas que, no tanto por su gravedad sino por su frecuencia, pueden limitar su utilización en los pacientes.
La correcta identificación de las complicaciones es fundamental para que el profesional de enfermería actúe de manera adecuada sobre ellas. Para ello, es fundamental que el profesional esté perfectamente formado sobre esta materia y disponga de los conocimientos necesarios para hacer frente a las complicaciones que pueden derivarse de esta técnica, así como para establecer una prevención para evitar que aparezcan.

6 Bibliografía

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

Capítulo 12

CUIDADOS, VIGILANCIA Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

ISABEL MONTARROSO TORRES

LAURA TRENADO MUÑOZ

ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la "violencia de género" como "todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada".

Se estima que, a nivel mundial, una de cada tres mujeres ha sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja o expareja. La violencia contra las mujeres se produce en diversos contextos (laboral, social, familiar) y en muchos lugares del mundo. Puede ejercerse como acoso sexual en el trabajo e intimidación psicológica. También puede adquirir las formas de agresión sexual

(ataque, violación, acoso), prostitución o la ejercida en el ámbito familiar que se caracteriza por darse en una relación directa y afectiva entre el agresor y la propia víctima (pareja o parentesco).

Esta última es una violencia que se ejerce en el ámbito privado con lo que conlleva un difícil acceso y una habitualidad o reiteración de las agresiones. Hoy en día la violencia de genero sigue siendo un gran problema de salud pública que requiere de unas políticas eficaces de muchos y diferentes ámbitos de la sociedad, del que los profesionales sanitarios y más en concreto la enfermería es partícipe.

2 Objetivos

Tendremos como objetivo explicar el procedimiento de actuación de los servicios de emergencias hospitalarias tanto en la detección del maltrato, asistencia de las víctimas, intervención de las crisis y la cooperación con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado para detectar dicha violencia de género de forma temprana y daremos una explicación de los principios en los que se basa dicho procedimiento.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

El procedimiento de actuación del Servicio de Emergencias Extrahospitalarias y los Cuerpos de Seguridad debe incluir actuaciones tanto sanitarias y psicosociales como el asesoramiento y protección legal a la víctima.

1.Detección del maltrato:
Los profesionales sanitarios tenemos una gran responsabilidad en la detección y actuación temprana en los casos de violencia de violencia de género. La entrevista tiene un doble objetivo en estos casos, el diagnóstico y el terapéutico. Dominar el manejo de técnicas de comunicación es primordial. Para ello se deberá mantener una actitud empática y realizar una escucha activa sin emitir juicios de valor.

Además, será importante mantener un oportuno contacto ocular y una proximidad suficientes, pero sin invadir su espacio íntimo. El profesional de enfermería en este caso, actuará como parte del equipo sanitario, apoyando emocional y psicológicamente a la víctima.

2. Asistencia: Valoración y tratamiento de las lesiones. Exploración y tratamiento de las lesiones físicas que presenta la víctima. La enfermera, en el mismo lugar de actuación, junto con el resto del equipo sanitario, valorará y tratará las lesiones físicas que presente la víctima.

3. Intervención en crisis: Suele darse en condiciones de gran impacto emocional (ansiedad extrema, shock emocional, falta de control. aturdimiento). Se debe valorar la seguridad de la víctima, ofrecer apoyo emocional, orientación y asesoramiento. Se trata de un proceso de ayuda que comienzan los profesionales sanitarios y continúan psicólogos y otros profesionales especializados. La intervención del personal de enfermería va más encaminada a solucionar el problema puntual, protegiendo a la mujer y ofreciéndole las claves y recursos para que pueda construir su propio proceso hacia la solución.

4. Coordinación con los cuerpos de seguridad: El personal de emergencias debe conocer los recursos sociales y legales con los que cuenta en su entorno para darlo a conocer a las víctimas.

Principios en los que se basa el procedimiento:
-Máxima colaboración
-Coordinación de los profesionales durante la actuación
-El servicio de emergencias sanitarias será el que tenga competencia para indicar y ejecutar las actuaciones sanitarias necesarias en la atención y posterior traslado de la víctima.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de genero debe ser un tema transversal en toda formación sanitaria, tanto de enfermería como en la de otros profesionales sanitarios. El adecuado conocimiento de todo lo relacionado con la violencia de género, las diferentes formas en las que se da, las causas, los mecanismos y consecuencias nos permiten identificar las conductas indicadoras de violencia de genero. Asimismo, los profesionales sanitarios debemos conocer los protocolos de actuación sanitaria ante la violencia de género y los recursos disponibles existentes para poder dar una

atención integral a la víctima de maltrato. Dichas herramientas serán claves para la mejora de la actuación sanitaria a las víctimas de violencia de genero.

6 Bibliografía

1. Manual de Procedimientos SAMUR- Protección Civil-2019
2. Delegación del gobierno contra la Violencia de Genero www.violenciagenero.igualdad.gob.es
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Violencia y salud http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es.
4. Alberdi, Matas,N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales. Fundación la Caixa.
5. M.E. Mendoza-Flores, Y. Jesús-Corona, M. García-Urbina, G. Martínez Hernández, R. Sánchez-Vera, H. Reyes-Zapata. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género Perinatol Reprod Hum., 20 (2006), pp. 69-79.

Capítulo 13

IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y CUIDADOS DE ESTOS A PACIENTES CON ALÉRGIAS

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

LAURA TRENADO MUÑOZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ

ISABEL MONTARROSO TORRES

1 Introducción

Actualmente las enfermedades alérgicas constituyen un problema de salud pública debido a prevalencia y elevado aumento de casos en los países desarrollados. Su prevalencia puede indicarnos que, dentro de unos años, supondrá que el 50 % de la población mundial puede llegar a desarrollar algún tipo de reacción alérgica.

Se define alergia como "un estado de hipersensibilidad que se caracteriza por una respuesta inmunológica perjudicial frente a sustancias que provienen del exterior y que en condiciones normales no deberían resultar dañinas. Estas sustancias externas se denominan antígenos o alérgenos".

El aeroalérgeno más frecuente en nuestra sociedad es el polen, y es la causa más frecuente de alergias del tracto respiratorio. La mayoría de estos pólenes provienen de plantas anemófilas, aquellas que transportan el polen por el aire para su reproducción. Las gramíneas son aquellas plantas que su polen provoca el mayor porcentaje de dichas alergias. Este tipo de alergias del tracto respiratorio suelen variar según la época del año en que se produzca esta reproducción (polinosis), la época del año en que aparece la mayoría de los síntomas por alergias es en primavera pudiéndose prologar hasta los meses de verano.

Y otras empiezan a finales de invierno como ocurre con el abedul. Otros tipos de aeroalérgenos son los ácaros, hongos, animales (por el epitelio, saliva, o restos) entre otros.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los diferentes tipos de pruebas para el diagnóstico de enfermedades alérgicas más habituales.

Objetivos secundarios:
- Ver los tipos de respuesta de reacción al antígeno (inmediata o retardada) que provoca la reacción alérgica.
- Valorar su diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico y como son las medidas de control ambiental impuesto y realizado por el personal enfermero.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

El diagnóstico de enfermedades alérgicas mediadas por Inmunoglobulina E (IgE) se realiza por la técnica de punción o prick y por intradermorreacción. En estas

pruebas se estudia la respuesta que provoca en el organismo tras la interacción del antígeno que contiene el extracto para diagnóstico.

Sus resultados serán obtenidos por dos tipos de respuestas según se produce la respuesta:
- Inmediata: a los pocos minutos tras la aplicación del antígeno en la piel en forma de eritema o habón.
- Retardada: respuesta a las horas después de la unión del antígeno a la IgE específica.

Prueba de prick.
Esta prueba se realizará por la enfermera de alergología en los centros de hospitalización. La prueba se realiza en la parte superficial del antebrazo del paciente. Para ello se coloca la gota del extracto del alérgeno que provoca reacciones alérgicas al paciente sobre la piel de la cara anterior del antebrazo con una pequeña punción en la piel sin provocar sangrado, siempre bajo revisión médica y realizándose por personal enfermero cualificado y bien entrenado.

El número y tipo de alérgenos que se utilizan varían en función de los datos clínicos y la naturaleza del problema, de la edad del paciente, la exposición a alérgenos ocupacionales y la región donde reside.

Las gotas tienen que ser colocadas siguiendo un orden establecido, separadas entre sí. Para poder hacer una aplicación simultánea de varios alérgenos existen aparatos multitest en el que facilita su administración y futura lectura.

Esta prueba es realizada por el personal enfermero.

Prueba intradermorreacción.
Esta prueba se realiza del mismo modo que la prueba prick, pero requiere que se realiza la administración del alérgeno de forma subcutánea.

Las reacciones adversas a dichas pruebas suelen ser infrecuentes, pero pueden ocurrir:
- Reacciones irritantes.
- Reacciones anafilácticas.
- Nuevas sensibilizaciones.
- Infecciones.
- Cicatrices, necrosis.

Esta prueba es realizada por el personal enfermero.

Farmacoterapia en enfermedades alérgicas más habituales:
- Antihistamínicos.
- Corticoides.
- Broncodilatadores.
- Anticolinérgicos.
- Adrenalina.

Medidas de control ambiental.
- Durante la época de polinización, evitar salir al campo y realizar deportes al aire libre.
- Adecuada ventilación domiciliaria. Evitar dormir con las ventanas abiertas. Si la casa tiene aire acondicionado, este debe contener un filtro especial para polen.
- Evitar secar la ropa al aire libre.
- En el coche mantener las ventanillas cerradas. Deben evitarse los viajes en moto.

5 Discusión-Conclusión

En resumen y como hemos expuesto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados), hemos visto como a través del personal de enfermería se diagnostican enfermedades alérgicas, según el tipo de respuesta al antígeno que como hemos visto pueden manifestarse de forma rápida o casi al instante o de manera retardada, además hemos descrito los tipos de pruebas que realizamos el personal enfermero para diagnosticar la reacción alérgica, que son dos la técnica de punción o prick y la prueba de intradermorreacción, ambas realizadas como hemos visto por nosotros los enfermeros para diagnosticar como hemos descrito anteriormente las enfermedades alérgicas.

En nuestra opinión el realizarse estas pruebas y según la indicación del personal enfermero en cuanto tomar medidas de control ambiental y farmacología, una vez diagnosticada la enfermedad alérgica, vamos a conseguir disminuir o eliminar la sintomatología de estos pacientes con enfermedades alérgicas.

6 Bibliografía

1. Pélaez Hernández, Dávila González A. et al. Tratado de Alergología. Majadahonda (Madrid): Ergon.
2. Comité de Inmunoterapia de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica: Normativa sobre inmunoterapia en enfermedades alérgicas.

Fundación de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Serie monográfica. Saned-Laboratorios LETI. Madrid;1990.

Capítulo 14

INSERCIÓN DEL CATÉTER EPICUTÁNEO-CAVA EN NEONATOS-IMPORTANCIA Y PAPEL DE LOS ENFERMEROS

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

ISABEL MONTARROSO TORRES

ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

LAURA TRENADO MUÑOZ

1 Introducción

En los recién nacidos hospitalizados es importante tener un acceso venoso seguro. Los neonatos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal precisan accesos venosos durante largos periodos de tiempo para la administración de medicación y nutrición parenteral. El catéter epicutáneo-cava permite disponer de una vía central accediendo a ella a través de una vena periférica. Se ha demostrado que el uso de este tipo de catéter mejora cuidado y supervivencia de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso.

En los años 80 se generalizó su uso en las UCIS neonatales. Actualmente, se calcula que un 50% de pacientes de UCIS neonatales en España son portadores de

catéteres epicutáneos. Sin embargo, a pesar de ser una técnica segura y que evita dolor innecesario en el neonato por reducir el número de punciones, la sepsis por el catéter ha sido reportado en el 23% de los catéteres en México. Por otro lado, en España se calculan aproximadamente 6-8 bacteriemias por 1.000 días de catéter epicutáneos.

Algunos autores han descrito como posibles factores de riesgo para las bacteriemias la prematuridad y el uso del catéter para la nutrición parenteral. No obstante, la correcta higiene de manos y adecuada técnica aséptica, así como la continua revisión de la permeabilidad del catéter y ausencia de flebitis son aspectos imprescindibles a llevar a cabo por el personal de enfermería.

2 Objetivos

Describir y conocer la técnica de inserción del catéter epicutáneo-cava, su correcta inserción en neonatos y explicar cómo se maneja correctamente el catéter para así evitar complicaciones innecesarias en su aplicación en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal (UCI) y en los pacientes bebes.

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 técnica de inserción del catéter consta de los siguientes pasos:
1. Buscar un vaso o una vía venosa lo más cercano a la aurícula derecha.
2. Desinfectar con clorhexidina y cubrir con gasas estériles.
3. A continuación, se realiza el correcto lavado de manos y nos vestimos bata, mascarilla y guantes estériles.
4. Colocar paño estéril fenestrado en el miembro a puncionar.
5. Medir desde el punto de punción hasta el tercer o cuarto espacio intercostal si la vena está en miembros superiores. Desde el punto de punción hasta el apéndice

xifoides si la vena a puncionar está en miembros inferiores. Todo ello para conocer cuántos centímetros de catéter debemos introducir. Preferiblemente puncionar venas de miembros superiores como la cefálica y basílica, así como en miembros inferiores. También se pueden puncionar venas epicraneales y axilares.
6. Girar la cabeza del niño hacia el mismo lado de la extremidad a puncionar.
7. Desinfectar nuevamente con clorhedixina.
8. Previamente a la introducción del catéter, es vital purgarlo con suero heparinizado.
9. Pinchar la vena con palomilla. Cuando refluya sangre, se introduce el catéter a través de la luz de la palomilla con ayuda de unas pinzas de disección sin dientes. Ayudamos a que progrese el catéter con lavados de suero heparinizado y masajeando la zona.
10. Presionar el catéter y retirar la palomilla.
11. Fijarlo provisionalmente.
12. Revisión radiológica. Cuando se confirma la localización del catéter radiológicamente, se procede a fijarlo definitivamente con técnica estéril.
13. Anotar en la historia clínica del paciente: fecha, hora, vía de acceso, localización del catéter y el número de centímetros introducidos. Por otro lado, mediante la revisión de la técnica, conseguimos disminuir la bacteriemia relacionada con el catéter.

Son por tanto puntos fundamentales:
- Vigilar el punto de punción para detectar precozmente signos de infección o flebitis.
- Cura cada 7 días o cuando precise.
- Perfusión continua de suero heparinizado según pauta médica para evitar obstrucción.
- No administrar ni extraer sangre por este catéter.

5 Discusión-Conclusión

Visto lo visto en el apartado de resultados de este capítulo donde hemos descrito y desarrollado los pasos de los que consta la técnica de inserción del catéter epicutaneo-cava en neonatos y que personal enfermero realiza de manera eficaz, podemos afirmar que en nuestra opinión el papel de la enfermera es imprescindible tanto para la inserción como el mantenimiento del dispositivo venoso para evitar complicaciones derivadas de su uso, como bien podría ser una bacteriemia del catéter y, posteriormente, una sepsis que comprometería enorme-

mente la vida del recién nacido, además si el enfermero cumple con los puntos fundamentales de dicha técnica de inserción del catéter no tendrá problema alguno en realizar dicha técnica de manera eficaz y segura.

6 Bibliografía

1. Higareda-Almaraz MA, Gutiérrez-Monraz PA, Castillo-Sánchez RA, Barrera de León JC, Zavalza-Gómez AB, Higareda-Almaraz E. Complicaciones asociadas al catéter percutáneo en recién nacidos pretérmino y a término. Gac Med Mex. 2018; 154: 47-53.
2. Martínez R, Villanueva Y, Sánchez R, Gallón C. Utilidad del catéter central de acceso periférico (PICC) en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidado intensivo neonatal de la Clínica General del Norte. Revista Colombiana de Enfermería. 2012; 7: 22-30.
3. Chamorro EM, Plaza LD, Valencia CP, Caicedo Y. Fortalezas y debilidades en el manejo del catéter venoso central en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Colombia médica. 2005; 36 (3): 25-32.
4. Herrera R, Mayor J, Vásquez ML. El catéter venoso percutáneo: una opción económica y segura para niños pretérmino de muy bajo peso. Colombia médica. 1996; 27 (1).
5. O. Romaniello H. Evaluación del empleo de los catéteres percutáneos en recién nacidos. Arch Argent Pediatr. 1999; 97 (2): 82-85.

Capítulo 15

INTERVENCIONES Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

GONZALO GIL ALVAREZ

SARA BRAVO BELTRÁN

CLAUDIA ARANDA MARTÍN

PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA

MARINA GIL ÁLVAREZ

1 Introducción

Para este estudio y exposición debemos dar comienzo hablando de los agentes citostáticos son sustancias con la gran capacidad de poder frenar y bloquear el progreso de la neoplasia. Inhiben la maduración y el crecimiento de las células malignas siendo competentes de actuar cuando las células están en proceso de división. Se usan principalmente como tratamiento antineoplásico.
Según su agresividad tisular se pueden encasillar de tres modos que son en: vesicantes, irritantes y no agresivos. Los vesicantes son aquellos que tienen la cabida de ocasionar daños en los tejidos como ampollas, desprendimientos de piel o necrosis.

Los irritantes pueden ocasionar dolor en el sitio donde se han extravasado y a lo largo del trayecto venoso, así como una reacción inflamatoria que va asociada con flebitis principalmente Los no agresivos o no vesicantes salvo que se administren en dosis elevadas no dan complicaciones.
A continuación expondremos la Clasificación de los citostáticos siguiendo la el recorrido en cuanto a su agresividad tisular.
- Vesicantes : amsacrina, actinomicina, daunorubicina, doxurubicina, epirubicina, estramustina, epirubicina, estramustina, estreptozocina, idarubicina, mecloretamina, mitomicina, mitramicina, vinblastina, vincristina, vindesina y vinorelbina.
- Irritantes: carmustina, cladribina, dacarbazina, docetaxel, etopósido, mitoxantrone, paclitaxel, tenipósido, tiotepa.
- No agresivos: asparaginasa, bleomicina, carboplatino, cisplatino, ciclofosfamida, citarabina, fludarabina, fluorouracilo, gemcitabina, ifosfamida, irinotecan, melfalan, metotrexate, mitoguaárea, pentostatina, topotecan.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar las complicaciones derivadas de la administración de citostáticos.

Objetivos secundarios:
- Enumerar los elementos de riesgo que intervienen en una extravasación.
- Detallar los pasos a seguir ante una extravasación.
- Describir las medidas preventivas para evitar las complicaciones.

3 Metodología

Búsqueda sistemática de artículos y publicaciones en Elsevier, Pubmed, Lilacs y Google Académico, así como en guías clínicas del Ministerio de Sanidad y de diversas comunidades autónomas.
Para ello se han utilizado los siguientes Descriptores: extravasación, quimioterapia, antineoplásicos, efectos secundarios, citostáticos.

4 Resultados

- Cuando al administrar en el enfermo un Agente Citostático este pasara y se introduce al torrente sanguíneo a los tejidos colindantes, aquí es cuando hablamos

de extravasación. Los síntomas van desde el quemazón, hinchazón, dolor, prurito, eritema, palidez, induración inclusive piel fría o caliente. La mengua del ritmo de infusión, así como la ausencia de retorno venoso a través y mediante de la cánula son otros de los síntomas.

La extravasación puede ocasionarse en un punto distal al de la administración si ha habido cateterizaciones y/o extracciones sanguíneas anteriores y sobre todo recientes en el mismo miembro. Es lo que se referencia como extravasación a distancia. El fenómeno llamado de recuerdo tiene lugar cuando se origina una extravasación en el idéntico lugar donde se había originado una extravasación previa al administrar nuevamente el mismo citostático, aunque este sea en un sitio diferente. A veces las extravasaciones pueden y son confundidas con las reacciones adversas propias del agente citostático.

El daño originado dependerá de la tipología del fármaco, de su volumen y de su concentración. La falta en momentos de experiencia por parte del profesional en el manejo y destreza con los citostáticos, la incapacidad por parte del enfermo de poder comunicarse, la integridad venosa degradada, las infusiones prolongadas de larga duración, la presión venosa excelsa, los antecedentes de extravasaciones prioras, así como la elección incorrecta de la área de punción y del catéter se consideran elementos de riesgo de una extravasación.

- Ante la más mínima sospecha se procede a detener la infusión por parte del primer profesional de enfermería que se dé cuenta. Sin retirar nunca el catéter, comprobaremos aspirando con una jeringa si existe retorno venoso y extraeremos entre unos 3 a 5ml de sangre, delimitando los bordes del área afectada. En caso de que se constituya una ampolla subcutánea se extraerá su contenido. Prepararemos el "Kit" o el botiquín para extravasaciones y avisaremos al facultativo. Este botiquín estará dotado de los antídotos específicos (Dimetilsulfóxico 99 %, Tiosulfato sódico 1/6M y mucopolisacaridasa), compresas o bolsas de tanto de frío y calor, antisépticos (povidona yodada 10 % y de alcohol 70º) y material para su administración (jeringas de insulina, jeringas de 2 y 10 ml, agujas IV y SC y de gasas estériles). Tendrá asimismo un esquema sencillo sobre cómo tratar una extravasación, la clasificación de los agentes citostáticos según su agresividad tisular y una hoja para el registro de la extravasación.

Si el fármaco dispone de un antídoto específico para él, se procede a su administración. Elevar el miembro afectado, ubicar apósito evitando cualquier modo de vendaje compresivo. Dependiendo del citostático extravasado se empleará compresas secas con frío o calor. La aplicación de frío estará indicada en suceso de que se trate de fármacos vesicantes o irritantes a excepción de los alcaloides de la Vinca (vincristina, vinblastina y vinorelbina) y epipodofilotoxinas como

etopósido. La vasoconstricción que origina evita la propagación tanto del fármaco como de la lesión y reduce tanto el dolor como la inflamación. El calor se manejará para los alcaloides de la Vinca y epidofiloxotinas. Este induce que el flujo sanguíneo acreciente gracias a la vasodilatación y por consiguiente, que el fármaco se elimine con mayor rapidez. Si el fármaco extravasado es la mitomicina, la dacarbazina o el fluorouracilo le diremos al enfermo que debe evitar la fotoexposición del área afectada. En caso de sospecha de infección se iniciará terapia antibiótica sistemica. Los gérmenes más frecuentes son los Gram +.
Se deberá registrar en la historia clínica y en la hoja de extravasaciones dicho suceso. Debemos dejar constancia del tipo de signos y síntomas que tiene el enfermo, la cantidad de fármaco extravasado, las medidas que se han llevado a termino y el tiempo que ha pasado entre ambas. Debemos informar al enfermo de lo acaecido, paliando el dolor con analgésicos si es preciso. Si precisa curas estas se programan y de esta manera observaremos asimismo su evolución.

- Disponer de personal y profesional cualificado, con los conocimientos y el bagaje preciso para la administración de estos es cardinal. La vigilancia estrecha durante la administración del tratamiento ayudará a identificar de modo precoz los signos de extravasación. Explicar al enfermo los síntomas derivados de una extravasación y solicitar su colaboración para que, en caso preciso avise si el mismos identifica algún tipo de anomalía.
- Es preciso elegir adecuadamente el lugar de punción para evitar riesgos. Si el enfermo dispone de un acceso venoso central éste será siempre la primera elección para la administración del tratamiento. En su ausencia, se canalizará un acceso venoso periférico a poder ser en el área del antebrazo. No puncionar o evitar la flexura, dorso de la mano, así como áreas con signos de flebitis o inclusive alteraciones de la sensibilidad, ya que si existe cualquier complicación el enfermo será incapaz de dar la voz de alarma. Tras canalizar el acceso venoso se procede a su sujeción, dejando siempre a la vista el punto de punción, comprobar su permeabilidad administrando entre unos 5 a 10 ml de suero fisiológico. El equipo que usaremos para la administración del antineoplásico estará anteriormente purgado con suero limpio para evitar males mayores en caso de derrame durante el proceso de conexión. Se debe evitar la desconexión durante la infusión del tratamiento, prestando especial cuidado al conectarlo y al desconectarlo. Si es preciso purgar el sistema o una jeringa con citotóxicos manejaremos unas gasas estériles impregnadas en alcohol. Administrar los vesicantes en primer lugar y lavar con suero salino o glucosado entre un citostático y el otro. Al clausurar la infusión se retirará todo el sistema sin desconectar el equipo del citostático.

5 Discusión-Conclusión

La mejor medida de prevención en la esfera de la sanidad es el conocimiento. Si el personal tiene experiencia en la manipulación y tratamiento de citostáticos, identificará de modo precoz cualquier síntoma y actuará en consecuencia con la mayor brevedad posible. Una formación adecuada favorece la seguridad y calidad de cuidados que se proporcionan al enfermo. La educación y concienciación de la familia y del enfermo es otro de los pilares fundamentales para prevenir las extravasaciones.
Disponer de un protocolo de actuación, así como de un botiquín de extravasaciones permite actuar con premura y de manera correcta. Muchos antineoplásicos no disponen de un antídoto específico y los que existen, disponen a día de hoy de poca evidencia científica.

6 Bibliografía

1. Gómez BG. Universidad de Antioquia departamento de posgrado facultad de enfermería Medellín. 2018;(2018):75.
2. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (España), Comisión de Salud Pública. Agentes citostáticos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2003.
3. Protocolo-manejo-seguro-de-citostaticos-2999.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2019].
4. Consideraciones en el manejo de la extravasación.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
5. Satellite.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
6. Practicas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo..pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
7. Díaz et al. - Cuidados de enfermeria en la administración de cit.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].

Capítulo 16

LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS MUESTRA POR ENFERMERÍA

SARA BRAVO BELTRÁN

GONZALO GIL ALVAREZ

CLAUDIA ARANDA MARTÍN

PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA

MARINA GIL ÁLVAREZ

1 Introducción

Comenzaremos diciendo que fueron Coombs y Gell los que llegaron a establecer las cuatro tipologías en cuanto a las reacciones sobre la hipersensibilidad, a los cuales, se les añadieron posteriormente otros dos .
Nos encontramos en el desempeño de nuestro trabajo, con una variabilidad y con diferentes reacciones anafilácticas y sus tipologías, las cuales se exponen:
- Reacción tipología I o anafiláctica. Los anticuerpos o reaginas son tipología Ig E .
Al ingresar los antígenos, y reconocerlos como un suero extraño, polen de las plantas , antibióticos , venenos de insectos , etc... por primera vez , el individuo se sensibiliza , es decir , sintetiza Ig E específicas , que se disponen sobre la superficie de los mastocitos y basófilos . Al repetirse el contacto con el antígeno tiene lugar la reacción antígeno - anticuerpo y posteriormente se liberen los denominados mediadores de la anafilaxia como los ya preformados o primarios :

mastocitos y basófilos , que son histamina , factor quimiotáctico de los eosinófilos , diversas enzimas ; los que deben ser sintetizados o secundarios , derivados del ácido araquidónico por la vía de la lipooxigenasa : Sustancia de reacción lenta de la anafilaxia , prostaglandinas , factor activador de plaquetas , etc...
Entre las acciones que destacan, nos encontramos con la vasodilatación , un aumento de la permeabilidad vascular , contracción de músculos lisos , secreción de moco...
Se originan cuando el paciente, previamente sensibilizado, establece de nuevo contacto con el antígeno (alérgeno). Puede ser anafilaxia general, cuando el antígeno penetra por vía parenteral (inyección de un suero extraño o de un antibiótico, picadura de abeja...), manifestado mediante insuficiencia circulatoria aguda o shock anafiláctico, atribuible a dilatación de vasos pequeños y al aumento de permeabilidad. O bien puede tratarse de anafilaxia local o atopia, si el antígeno ingresa por uno de los orificios naturales y establece contacto con las mucosas, como el polen por ejemplo que actúa sobre la mucosa nasal desencadenando crisis de rinitis alérgica o fiebre del heno, crisis de asma bronquial. La anafilaxia cursa con eosinofilia sanguínea.

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

- Reacción tipología I o anafiláctica . Los anticuerpos o reaginas son tipología Ig E .

- Reacción tipología II, citotóxica o citolítica. Los anticuerpos son Ig G o Ig M y los antígenos estructuras de las membranas celulares o haptenos, generalmente medicamentos. La reacción del antígeno-anticuerpo supone la activación del complemento y la destrucción de la célula a través y mediante la fagocitosis, promovida por opsoninas o por lisis directa. Es la responsable de citopenias hemáticas: Anemias, leucopenias, trombopenias originadas por anti- cuerpos dirigidos contra medicamentos.
- Reacción tipología III o por inmunocomplejos. Los anticuerpos son ordinariamente Ig G y los antígenos, cuando son conocidos, pueden ser un suero extraño, productos bacterianos, hongos, etc. Tres escenarios pueden plantearse: a) Formación de complejos en los propios tejidos. Acontece en el pulmón del granjero, alveolitis alérgica extrínseca, insuficiencia respiratoria. b) Formación de complejos in situ. Tiene lugar en algunas glomerulonefritis. c) Inmunocomplejos circulantes, con creación de complejos en el torrente sanguíneo, con predilección en el glomérulo, articulaciones y piel. Son ejemplos la enfermedad del suero, glomerulonefritis determinadas, vasculitis.
- Reacción tipología IV, ligada a la presencia de células o tardía. Reside en la reacción inmunológica celular en contra de los antígenos que pueden ser de agentes vivos o productos exógenos diversos, y dando origen a las lesiones tisulares. La reacción radica en un foco inflamatorio que es rico en células mononucleares; cuando no se logra eliminar el antígeno constituyen granulomas, con células epitelioides que son macrófagos transformados, y células gigantes multinucleadas, resultado de la fusión de macrófagos. Se desarrollan enfermedades infecciosas y dermatitis de contacto.
- Reacción tipología V o estimulante o inhibidora. Los anticuerpos circulantes reaccionan con antígenos de la membrana celular que son receptores para ciertas funciones específicas, y el resultado de esta reacción es la estimulación o inhibición de la actividad correspondiente.
- Reacción tipología VI o citotóxica celular anticuerpos-dependiente. Colaboran anticuerpos y las células K, pues son los primeros que se fijan sobre las células que van a ser atacadas y atraen a las K, que están dotadas de receptores para el fragmento Fc y llevan a cabo la agresión.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar de la exposición destacaremos lo más relevante de estas reacciones inmunológicas, en cuanto al complejo funcionamiento de nuestro sistema inmunitario al ser un enredadísimo órgano en cuanto a re-

conocimiento y defensa, de cuyo buen funcionamiento dependerá la salud de los individuos. Como expusimos anteriormente, estas alteraciones, pueden ocasionar el desencadenamiento de una reacción alérgica, en la cual participan células que liberan, y para que todos lo entendamos sin tecnicismos, en nuestra opinión decir que unos mediadores inflamatorios, que son los responsables inmediatos o tardíos de los síntomas que pueden padecer los pacientes ya sea cualquiera de las reacciones expuestas, el organismo siempre sacara sus defensas para el adecuado y correcto funcionamiento de nuestro importantísimo sistema inmune.

6 Bibliografía

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

9. A. Gierut, H. Perlman, R.M. Pope. Innate Immunity and Rheumatoid Arthritis. Rheum Dis Clin North Am, 36 (2010), pp. 271-296 http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2010.03.004
| Medline
10. P. Venge. The eosinophil and airway remodelling in asthma. Clin Respir J, 4 (2010), pp. 15-19 http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-699X.2010.00192.x
| Medline Suppl. 1
11. T.M. Alfaro, C. Duarte, R. Monteiro, A. Simão, S. Calretas, J.M. Nascimento Costa. Churg-Strauss syndrome: Case series. Rev Port Pneumol, 18 (2012), pp. 86-92 http://dx.doi.org/10.1016/j.rppneu.2011.12.001
| Medline
12. F. Hay, O. Westwood. Hypersensitivity (type III). Immunology, 7a, pp. 461-477

Capítulo 17

ACCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

CLAUDIA ARANDA MARTÍN

GONZALO GIL ALVAREZ

SARA BRAVO BELTRÁN

PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA

MARINA GIL ÁLVAREZ

1 Introducción

En la muestra de los conocimientos en traumatismo craneoencefálico (TCE)tenemos que concretar que es una patología más habitual de lo que se quisiera en los países desarrollados y compone el primer origen de mortalidad y de discapacidad en la población menor de 45 años, la edad de mayor riesgo según las estadísticas se sitúa entre los 15 y los 30 años, a partir de esta edad, la incidencia se ve bastante reducid, hasta volver a elevarse entre la población adulta de 60 y los 65 años. Es uno de los orígenes más frecuentes de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) .

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

El consumo de alcohol acrecienta exponencialmente el riesgo de traumatismo tanto en los accidentes de tráfico como en los casos de caídas y en las agresiones. Los TCE que se ocasionan debido a una caída afectan principalmente a niños y personas mayores de 65 años.
La National Head Injury Fundation concreta el daño cerebral traumático como un "daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa, suscitado por una fuerza externa, que puede provocar una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas".

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar a conocer la actualización en el cuidado al afectado con traumatismo craneoencefálico por parte del personal de enfermería.

Objetivos secundarios:
- Desarrollar su mecanismo de acción, fisiopatología, así como los diferentes tipos de lesiones que se producen.
- Resumir los pasos que se deben efectuar en la valoración inicial a un afectado con traumatismo craneoencefálico.
- Dar a conocer cuáles son los cuidados básicos del afectado con traumatismo craneoencefálico.

3 Metodología

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

4 Resultados

La GCS es una tabla de valoración del nivel de conciencia y se establece en la observación de tres parámetros; la respuesta ocular que evalúa el correcto funcionamiento del tallo cerebral, la respuesta verbal que proporciona al evaluador información sobre la compresión y el funcionamiento de los centros cognitivos y

permite al afectado demostrar que tiene capacidad para expresar una respuesta y la respuesta motora. Fue elaborada por los neurocirujanos británicos Graham Teasdale y Bryan Jennet y se publicó por primera vez a mediados del siglo XX en la revista The Lancet.

Según GCS una puntuación de 13 a 15 indica un TCE leve o simplemente una contusión cerebral, una puntuación de 9 a 12 un TCE moderado y TCE grave si la puntuación de esta escala es de 3 a 8 puntos. En cualquiera de las tres formas de TCE debe de instaurarse precozmente el tratamiento y si es posible, en el lugar del accidente.

Vía aérea y ventilación:

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

Circulación:

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

Exploración neurológica:

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

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

- En los TCE en los que existe una disminución del nivel de conciencia suele continuar un estado de confusión, desorientación y pueden ocurrir alteraciones en la memoria.
- En los TCE leves o moderados hay que valorar la existencia de una amnesia postraumática (APT). Definimos amnesia postraumática (APT) a la alteración de la memoria retrógrada y anterógrada. La APT puede está presente durante un tiempo indefinido, su duración puede ser de segundos a meses. La APT se examina indicando al afectado que recuerde tres palabras, por ejemplo: reloj, bicicleta y ventana, al cabo de un tiempo debe de repetir estas tres palabras.

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

Examen pupilar:

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

El TCE es uno de los principales problemas socioeconómicos más importantes de los últimos años debido a su alta mortalidad, especialmente en las primeras 48 horas, la estancia en el hospital de los afectados que lo sufren y a las graves secuelas

posteriores que pueden acarrear. Su causa más frecuente son los accidentes de tráficos, causa que aumenta su riesgo si se consume alcohol especialmente. Ambas causas pueden prevenirse por eso debe hacerse hincapié en su prevención.
El TCE es un problema de salud pública que existe desde el comienzo del ser humano aunque su mecanismo de lesión ha ido evolucionando con el desarrollo tecnológico. Los accidentes de tráfico han incrementado su incidencia en el siglo XXI lo que ha motivado a buscar medidas de prevención y nuevas opciones de tratamiento.
El abordaje terapéutico se establece principalmente en la escala del coma de Glasgow (GCS), a pesar de ello, no solo podemos tener en cuenta la ECG para establecer un pronóstico si no que es de suma importancia llevar a cabo un examen físico completo para verificar si coexisten lesiones y así poder determinar el pronóstico y un tratamiento adecuado para el afectado.
En cuanto a los cuidados básicos enfermería en la unidad de cuidados intensivos:
1.- Lavado de manos, medida más transcendental contra la infección nosocomial.
2.- Correcto manejo de los catéteres. Protocolo de bacteriemia zero.
3.- Sonda urinaria con mantenimiento de sistema cerrado.
4.- Evitar la aparición de úlceras por presión (UPP). Su no aparición es un indicador de calidad de los cuidados prestados. La mejor intervención por parte del personal de enfermería para el tratamiento de la úlcera por presión (UPP) es la prevención.
5.- Movilizaciones cada 6 horas, siempre y cuando el afectado lo tolere. Prevención tromboembolismo.
Como podemos observar a través de la exposición del traumatismo craneoencefálico (TCE) , debemos conocer todos los elementos que actúan en el funcionamiento del tejido cerebral normal, así como los escenarios post-TCE, es cardinal para entender e interpretar correctamente los datos clínicos y de laboratorio del afectado a nuestro cargo con afectación de TEC grave . Asimismo, conocer la evidencia existente acerca de las terapias posibles tanto las encontramos actualmente en uso, así , como experimentales, permitirán instaurar en forma racional y juiciosa una terapia que consienta, dentro de lo posible, evitar o minimizar un daño cerebral de otra manera irreversible.
El conocimiento y el manejo de la GCS es primordial ya que es el examen más importante, examen que debe completarse con un examen físico para comprobar si existen más lesiones.
La existencia de protocolos específicos sobre TCE y el conocimiento de qué parámetros deben controlarse para el manejo adecuado de un TCE es básico para un buen pronóstico y tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

A la vista esta que de la exposición de los traumatismos craneoencefálicos, que hemos efectuado llegamos a la conclusión y opinión por unanimidad que son lesiones que, revisten una gran gravedad y que dependerá de los cuidados que se le practiquen en las unidades o servicios de cuidados o vigilancia intensiva que el control de las contantes, de la Presión intracraneal, de la aparición de complicaciones, en cuanto a las respuestas, emprendiendo por las valoraciones iniciales, con el abordaje terapéutico de la valoración, principalmente en la escala del coma de Glasgow (GCS), aunque como vemos no nos podemos quedar hay por qué además, de esta valoración deberá ir conjuntada a un exhaustivo reconocimiento físico para valorar o destacar las posibles lesiones, que pudiera presentar, con lo descubierto se podrá establecer un diagnóstico, para el correcto y adecuado plan de cuidados.

6 Bibliografía

1. C. Calderón Dimas, G. Rodriguez Benítez, R. López Castillo, A. García Sandoval, R. Ramirez Cano. Intervenciones de enfermería en la atención al adulto con traumatismo craneoencefálico grave. Rev Enferm IMSS. 2015; 23.
2. M.Antónia Poca. Actualizaciones sobre los traumatismos craneoencefálicos (TCE).
3. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Vall d´Hebron, Barcelona.
4. Alted López, S.Bermejo Aznárez, M. Chico Fernández. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista de Medicina Intensiva. 2009; 33:16-30.
5. Silvera Alvez MS. Cuidados enfermeros del afectado neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneana. Enfermería: Cuidados Humanizados. Junio 2015; 4
6. (1): 32-38.
7. A. Ortiz. Traumatismo encefalocraneano (TEC). Una puesta al día. Revista médica. 2006; 17(3); 98-105.
8. -J.Sahuquillo.Protocolos de actuaciónclínica en eltraumatismo craneoencefálico
9. (TCE) leve. Comentario a la publicación de las guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía. Revista en la Internet. Febrero 2006; 17 (1): 5-8.
10. M.D Francisco Guzmán. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. Colomb. Med. Septiembre 2008; 39: 78-84.

11. Peña Rodríguez, AM. Manejo y cuidados de enfermeía en el afectado neurocrítico. Hipertensión intracraneal y alteración del nivel de conciencia. Universidad de Valladolid. 2018. http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30533.
12. Wegner A Adriana, Wilhelm B Jan, Darras M Enrique. Traumatismo encefalocraneano: Conceptos fisiológicos y fisiopatológicos para un manejo racional. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2003 Ene [citado 2022 Feb 10] ; 74(1): 16-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000100003&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000100003.

Capítulo 18

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DOLOR AGUDO

INMACULADA OCAÑA MÉRIDA

1 Introducción

En la actualidad se ha observado un gran incremento de un 78 % en la atención de urgencias, siendo el principal motivo el dolor agudo, siendo un tercio quien lo define como dolor intenso e incapacitante. A pesar de estos datos, solo un 50 % de la población recibe analgesia correcta y sólo de este dato el 57 % de la analgesia ha resultado efectiva.

Aunque el dolor es ya considerado una enfermedad, está lejos de tener un tratamiento óptico y radical.

Con el tiempo se ha observado un mal uso de los fármacos creando interacciones, adherencias, administración de fármacos inadecuados, dosis erróneas y creando una infinidad de efectos adversos.

Se han asociado un mal manejo del dolor debido a factores como falta de educación, falta de seguimiento a nivel del profesional y re-evaluaciones.

Es por estos motivos que se ha considerado el dolor como un signo vital en el triage, pudiendo disminuir la espera en los servicios de urgencias y abaratar costes.

Es fundamental la utilización de la escala EVA del dolor para poder mantener un seguimiento correcto de la evolución de este en la urgencia, ya sea utilizando la escala de forma verbal o visual, aunque existen numerosas escalas validadas, esta es la más fácil y utilizada.

2 Objetivos

Saber cómo identificar, conocer y manejar el dolor agudo incapacitante a nivel de enfermería ante una urgencia.

3 Caso clínico

Antecedentes:
- No AMC.
- HTA con buenos controles. No DM, no DLP. Obesidad. No fumador ni bebedor.
- No ingresos

Situación basal: activa/ independiente. Cognitivo conservado. Deambula sin ayuda. Independiente palas la mayoría ABVD
Tratamiento crónico: Adiro (ácido acetilsalicílico), teventens (eprosartán) vía oral.

Historia actual:
Varón de 82 años llama al 061 donde acude el SUAP por una posible infección de orina sintiendo un dolor abdominal agudo de inicio a las 08:30h de la mañana sin desencadenante a nivel de flanco derecho irradiado a mesogastrio, asociado a nauseas, vómitos y sudoración intensa.

Exploración física:
TA: 60/42 mmHg; Tª 35.8ºC; FC 62 lpm; FR: 14 rpm, SatO2(%) 99; glucemia: 115.
Nivel de consciencia: Estuporoso; Estado de consciencia: Orientado.
REG, palidez cutánea, hipotensión, taquicárdico. AC: rítmico sin soplos. AP: murmullos vesicular conservado, hipofonesis basal bilateral. ABD: dolor intenso a la palpación de flanco derecho, se palpa masa dolorosa. MMII: no edemas, hipoperfusión distal bilateral.

Evolución:
A la llegada al domicilio el paciente presenta inestabilidad hemodinámica con signos compatibles con shock. Se infunden líquidos a chorro y medicación para revertir la hipotensión. Se le monitoriza y se le traslada de forma urgente al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Diagnóstico principal: posible rotura aneurisma aortica.

Tratamiento:

SF 1000cc, Primperan (metoclopramida hidrocloruro) IV, Enantyum (dexketoprofeno) IV, Paracetamol 1 gr IV, Urbason 80mg (Metilprednisolona) IV.

Valoración de enfermería (patrones funcionales M. Gordon):
1. Patrón percepción de la salud- manejo de salud.
- Motivo de la llamada: dolor abdominal por posible infección de orina.
- No AMC.
- No hábito tóxicos.
- No ingresos hospitalarios.
- Tto crónico: Adiro y teventens.
- Buena forma de comunicación.

2. Patrón nutricional- metabólico:
- Buen aspecto de la piel.
- Buena temperatura.
- Obesidad.
- Canalización de una vía periférica 18G para la administración de medicación vía intravenosa.
- Administración de SF y medicación.

3. Patrón eliminación:
- Aumento de la sudoración.
- Presencia de nauseas.

4. Patrón actividad-ejercicio:
- Activo e independiente.
- Deambula sin ayuda.
- Independiente para la mayoría de las ABVD.
- FC 74 l.p.m.
- FR: 14 rpm.
- Sat O2: 99 %.
- ECG alterado.
- TA: 60/42 mmHg.

5. Patrón sueño- descanso:
No procede la valoración de dicho patrón.

6. Patrón cognitivo-perceptual:
- Cognitivo conservado.
- Nivel de consciencia estuporoso. Glasgow: 9/15.

- EVA 10/10.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto:
- Paciente refiere insistentemente no querer morirse, que tenía muchas cosas que hacer, que no está preparado.
- Desde niño ha tenido problemas de autoestima y muchas inseguridades.

8. Patrón rol-relaciones
- Nos comenta que vive por y para los demás y que el no recibe nada a cambio.
- No se siente valorado.
9. Patrón sexual-reproductivo:
- Casado con dos hijos y nietos.
- Uno de sus hijos presenta discapacidad funcional.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés
- Paciente muy nervioso por el dolor que sentía.

11. Patrón valores-creencias:
- Nos refiere encontrarse triste, que esto era un castigo de Dios.
- Su vida estaba dejando de tener sentido.
- Sollozando nos comenta que durante toda su vida sólo le habían pasado cosas malas y nunca había llegado a ser feliz.
- No quiere morirse sin saber cual ha sido el sentido de su vida.
- Le da miedo la muerte por no saber que se va a encontrar allí arriba.

4 Discusión-Conclusión

El DxEp elegido ha sido (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p desesperanza, puesto que hay una gran mayoría de diagnósticos enfermeros que se pueden solucionar o mejorar si controlamos el estado de dolor al que se ve sometido nuestro paciente. Cómo se indica en la valoración, el paciente presenta un dolor de 10/10 en la escala EVA y si no empezamos a disminuir y mejorar este diagnóstico, el resto de DxE podrían empeorar y acentuarse produciéndole un estado de mayor gravedad.

Se ha definido el dolor como ”una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. (Puebla Díaz, 2005).

Tras la revisión de la literatura, se ha observado cómo aquellos pacientes que sufren un alto grado de dolor abdominal agudo, persistente e insidioso, de forma

refleja experimentan sensación de nauseas, por lo que si abarcamos el problema de dolor e intentamos mejorarlo, esta sensación de nauseas y posibles vómitos se resolverán por lo que el DxE (00134) Náuseas r/c estímulos sensorias desagradables m/p sensación de náuseas, irá mejorando (Zamora García, 2019).

Actualmente, se ha estudiado que el dolor agudo genera una vasoconstricción coronaria que genera descenso en el aporte de O2, también puede desencadenar hipotensión, taquicardia, resistencia vascular sistémica, un difícil de volumen de líquidos, etc.
Todos estos factores pueden agravar la situación de paciente pudiendo aparecer un riesgo de shock cardiogénico, por lo que si disminuimos los niveles de dolor, el DxE (00027) Déficit de volumen de líquidos r/c dificultad para satisfacer un aumento del requerimiento de líquidos m/p disminución de la tensión arterial , DxE (00205) Riesgo de shock r/c volumen de líquido insuficiente y DxE 00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c conocimiento inadecuado del proceso de enfermedad m/p ausencia de pulsos periféricos, se podría ir paliando los efectos y consecuencias de ese dolor (Blas Obispo, 2019).

Actualmente se ha incrementado los diagnósticos por Confusión aguda estando en cabeza de las principales intervenciones y actividades realizadas por enfermería, por lo que es fundamental contar con las herramientas y habilidades necesarias para abordar este proceso (Mendoza Quintero, 2018).
La literatura expone que los adultos mayores (más de 65 años), HTA, coma, abuso de drogas, interacciones farmacológicas, etc. presentan una mayor incidencia de sufrir un síndrome confusional a raíz de sufrir niveles alto de dolor que puedan desencadenar hasta en perdidas del nivel de consciencia¡ (Lázaro del Nogal et al, 2009).
Gracias a esta evidencia, si actuamos de forma eficaz ante el dolor, el DxE (00128) Confusión aguda r/d dolor m/p alteración de la ejecución psicomotora, se paliará y no sedará con tanta gravedad.

En la actualidad existe una relación entre la depresión, la ansiedad y el dolor por lo que tenemos que buscar intervenciones terapéuticas enfocadas a mejorarlas. Se ha observado como el dolor genera una respuesta inflamatoria que modifica el estado fisiopatológico de la ansiedad por lo que el abordaje puede llegara ser similar, y una vez se mejore los niveles de dolor, con intervenciones como son la escucha activa, presencia, contacto, apoyo emocional y espiritual, el estado del paciente se verá mejorado y con esto el DxE (00146) Ansiedad r/c dolor m/p expresa bloqueo de pensamientos (Aragon- Dávila y Rincón- Hoyos, 2018).

La labor como enfermeras se basa en el cuidado centrado en el paciente, en una visión holística, es decir, en un cuidado integral.

5 Bibliografía

1. Abiuso, N., Santelices, J. L., & Quezada, R. (2017). Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(2), 248-260.
2. Alba-Delgado, C., Cebada-Aleu, A., Mico, JA y Berrocoso, E. (2016). Comorbilidad similar a la ansiedad y deterioro del locus coeruleus en la neuropatía periférica diabética: un estudio comparativo con el modelo de lesión por constricción crónica. Progreso en neuropsicofarmacología y psiquiatría biológica , 71 , 45–56.
3. Berenguer Guarnaluses, Lázaro Jorge, & Pérez Ramos, Argelio. (2016). Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. MEDISAN, 20(5), 621-629.
4. Blas Obispo, F. T. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencias de un hospital de Lima, 2018.
5. Bulechek, G., Butcher,H. & McCloskey,J. (2012) Nursing Interventions Classifications (6aed). Barcelona: Elsevier
6. Carpenito, L. J. (2003). Manual de diagnóstico de enfermería.
7. Luis, MT. (2008). Los diagnósticos enfermeros. 8o Edición. Elsevier Masson.
8. Mendoza Quintero, D. S. (2018). Proceso de Enfermería para pacientes con diagnóstico de confusión aguda en el área hospitalaria (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería y Nutrición).
9. Moorhead, S., Swanson, E. ,Johnson, M. & Maas, ML. (2012) Nursing Outcomes Classifications (6aed) Barcelona: Elsevier.
10. Zamora García, R. P. (2019). Manejo de dolor en enfermería. Manejo de dolor en enfermería, 219-225.

Capítulo 19

ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRIAJE

SARA GARCÍA FELIPE

1 Introducción

El término "triaje" proviene del francés "trieur" que significa "clasificar, escoger, cribar" y es un proceso que consiste en valorar a un paciente para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso apropiado para resolverlo, en un tiempo relativamente corto y de forma ágil y efectiva.
Esto nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos, siendo la clave para una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.
El proceso está basado en escalas de 5 niveles de priorización que hacen posible clasificar a los pacientes a partir del "grado de urgencia", de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico.

El Consejo Internacional de Enfermería define la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) como: "una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está

acreditada para ejercer", se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero con el fin de responder a las necesidades de los pacientes.

De forma general, el triaje es efectuado por el equipo de enfermería con o sin ayuda del facultativo. El enfermero del triaje es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con los pacientes. Sus funciones son:
- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
- Determinar la ubicación más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencias.
- Informar a los pacientes y a sus familias sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable.

El proceso en sí consta de cuatro etapas: recepción y acogida, valoración, clasificación y distribución.
Una vez efectuado el proceso de admisión en recepción, cada paciente será llamado para entrar en la sala del triaje. En este momento, el enfermero entrevistará al paciente para efectuar una breve historia (motivo de consulta, antecedentes personales, alergias). Así mismo se tomarán los signos vitales que sean necesarios (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y glucemia), determinándose después el nivel de prioridad en la atención y ubicando al paciente en el servicio según dichos niveles.
En el ámbito extrahospitalario, la enfermera participará en la regulación de la demanda distribuyendo los recursos. En Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV) forma parte fundamental del primer triaje (entre la zona de rescate y la de socorro), siendo su función ordenar los flujos de heridos y organizar su asistencia basada en prioridades, logrando disminuir la mortalidad de los heridos críticos.

2 Objetivos

El objetivo general de este capítulo es valorar la evidencia científica sobre la eficacia de la práctica avanzada de enfermería en el triaje.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente mediante las palabras clave: “Triage”, “Nursing”, ”advanced nursing practice”, “Emergencies” y “Emergency Nursing”.
Los artículos se identificaron mediante búsquedas electrónicas en bases de datos bibliográficas como Pubmed, CUIDEN, SciELO, Cochrane Library, Dialnet, ENFISPO, MEDES y Google Scholar, así como en libros relacionados con el tema.

Se cribaron mediante criterios de inclusión y exclusión y se identificaron los estudios potencialmente incluibles a partir del título y del resumen. Posteriormente se analizó el texto completo para su selección.

4 Resultados

Las competencias de enfermería con práctica avanzada consisten en asumir acciones habitualmente realizadas por los médicos y que permitirían adelantar pruebas y peticiones complementarias e incluso resolver problemas de salud considerados leves bajo un marco procedimental.
En varios estudios mencionados en el artículo de Carpio Álvarez et al. se alude que la enfermera de práctica avanzada de triaje atiende problemas agudos leves (como otalgias, esguinces o torceduras, resfriados, etc.) y solicita pruebas complementarias de radiodiagnóstico o analíticas, así como el desarrollo de la prescripción colaborativa con el facultativo, en caso de medicamentos como los analgésicos. Esto supuso una reducción del tiempo de estancia total de los pacientes en el servicio de urgencias.
Cañizares Sánchez menciona en su estudio que las mejoras en la protocolización de actuaciones según la valoración que haga el enfermero de triaje (como en pacientes con sintomatología urológica entregarles un bote de recogida de orina para agilizar la analítica o en el caso de dolor torácico realizar un ECG) consiguen reducir los tiempos de espera y dotar de mayor autonomía a enfermería. Además, el uso de los nuevos modelos como el triaje avanzado dota de mayor autonomía al profesional enfermero a través de protocolos y nuevas formas de atención, tanto para la valoración como para un inicio precoz de la asistencia, mejorando la atención del paciente en urgencias.
Del mismo modo, se propone incluso que la enfermera pueda derivar a pacientes de nivel V a otras estructuras no hospitalarias como los Servicio de Urgencias de

Atención Primaria, aunque no todos lo consideran ya que puede haber patologías graves enmascaradas en dicho nivel.
Para conseguir estas competencias algunos autores proponen una formación y experiencia previas. Se destaca que aunque la enfermera puede asumir el liderazgo de la tarea clasificadora, la inexperiencia puede ser una barrera para la realización del triaje por lo que se requiere una formación para llevar a cabo esta actividad. Además, las enfermeras deben tener una experiencia mínima de 6 a 12 meses en el servicio de urgencias y una formación en el propio sistema de clasificación. Esto coincide con lo expresado por Chaves et al. que además resalta en su estudio que ninguna enfermera había recibido formación en triaje durante la carrera, existiendo dificultad en el desarrollo de este debido a la falta de formación.
Según el artículo de Sánchez Bermejo et al. diferentes asociaciones científicas aconsejan que esta función sea realizada por enfermería, pero otros estudios sugieren que el triaje de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el triaje de enfermería asilado.
En relación con atención primaria (AP), el estudio de Campbell et all. muestra que el triaje enfermero en AP contribuye a aliviar la carga de trabajo de los centros de salud debida a las visitas no agendadas o urgentes, pudiendo redistribuir las citas.
En relación con la eficacia, en muchos centros el triaje es realizado por el personal administrativo, lo que resulta menos eficaz, debido a que la enfermera posee formación para establecer mejor la prioridad de los pacientes y además puede realizar una primera asistencia o resolver las urgencias más leves.
Asimismo, en el estudio de Pedreira Pernas et al. hablan del enfermero de consulta cuya función consiste en realizar un triaje telefónico de la gravedad de las llamadas y gestión telefónica de la demanda en el ámbito de atención primaria fuera del horario regular de las consultas. Los resultados obtenidos muestran que se resolvieron el 92% de las demandas sin movilizar recursos asistenciales.
Los estudios evidencian que dotar a enfermería de mayor capacidad de decisión, a través de protocolos en el triaje avanzado, mejora la atención del paciente iniciándose de manera precoz, acortando tiempos y percibiéndose con mayor calidad por parte de los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

El triaje es un proceso fundamental para proporcionar una atención eficaz y eficiente, ya que racionaliza los recursos, facilita la administración del tiempo y

maneja el flujo de pacientes, lo que aumenta la satisfacción de los usuarios.
La Práctica de Enfermería Avanzada permitiría a las enfermeras clasificar a los pacientes y solicitar pruebas complementarias lo que serviría también para agilizar el proceso y reducir los tiempos de espera del paciente, contribuyendo a una eficiente gestión de la demanda sobre todo cuando el motivo de asistencia son lesiones menores o problemas de salud no urgentes.
Otro de los motivos por el que enfermería es el personal apropiado para realizar el triaje es que el objetivo de esta clasificación no es diagnosticar, sino valorar los signos y síntomas que presenta el paciente, por lo que si esta función la realizase un médico llevaría a cabo directamente un diagnóstico.
Podemos concluir este capítulo con que la atención por una enfermera de práctica avanzada en el triaje supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia, debido a una mayor capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como que la mayoría de los motivos de asistencia resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes, lo que ayudaría a resolver estas demandas y disminuir la saturación de los servicios de urgencias.

6 Bibliografía

1. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33(1):55-68
2. Hernández Sánchez H. Empleo del triaje. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 [citado 20 Ene 2021];42(4):472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000400008&lng=es.
3. García Casasola A, Nieto García EJ, Ardura Calvo D. La función de la enfermera en el proceso de triaje. Rev Ocronos [Internet]. 2019 Sep [citado 20 Ene 2021]. Disponible en: https://revistamedica.com/funcion-enfermeria-triaje/
4. López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. Index de Enfermería [Internet] 2012 [citado 21 Ene 2021]; 21(1-2). Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n1-2/0506.php
5. Olvera Arreola SS, Cadena Estrada JC. El triaje hospitalario. Rev Mex Enfem Cardio 2011;19 (3): 119-121
6. Cañizares Sánchez R. Enfermería en la clasificación de pacientes en urgencias: dificultades y propuestas de mejora. Rev Enferm CyL. 2018; 10(2)
7. Martínez Segura E, et al. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias. 2017;29:173-177

8. Estebaranz Santamaría C. Triage en urgencias y emergencias hospitalarias: revisión de los principales sistemas de triage internacionales. 2014.
9. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Enferm CyL. [Internet]. 2018 [citado 25 Ene 2021]; 5(1): 45-49. Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/91/699
10. Rábago Macho S. Triage en emergencias y catástrofes extrahospitalarias: nuevo reto para la enfermería. UCrea. 2016.
11. Vega García L. Triaje de Enfermería: Una revisión bibliográfica. Universidad de Valladolid. Universidad de Valladolid. [Internet]. 2018 [citado 13 Feb 2021]. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30504
12. Carpio Álvarez JM. Triage enfermero en urgencias y emergencias. UAM Departamento de Cirugía. [Internet]. 2018 [citado 13 Feb 2021]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685189/carpio_alvarez_juan%20manueltfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Hernández Morente S, Cuesta Sánchez AB, Álvarez González A. Organización enfermeros urgencias. [Internet] [citado 13 Feb 2021]. Disponible en: http://files.biblioteca-uaca.webnode.es/200000497-53f8054f0d/Organizacion-de-los-enfermeros-en-Urgencias.pdf
14. Chaves C, Santos A, Teixeira LL, Ferreira LR, Couto T. Nurses perception about risk classification in an emergency service. NRE [Online]. 2014 [citado 13 Feb 2021]; 32(1). Disponible en: https://bit.ly/2Jx8vxQ
15. Sánchez Bermejo R et al. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias 2013;25(1): 66-70
16. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. Lancet [Internet]. 2014 [citado 13 Feb 2021]; 384(9957): 1859-1868. Disponible en: https://bit.ly/2HwmDdU
17. Pedreira M, Duarte S, Bernárdez M, Pérez G, Sánchez L, Iglesias JA. Efectividad de la consulta de enfermería en una central de coordinación de urgencias sanitarias. RCSEMUE [Internet]. 2016 [citado 13 Feb 2021]; 28: 179- 181. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29105451

Capítulo 20

CONCEPTO DEL DUELO, PERÍODOS, CUIDADOS Y CATEGORIZACIÓN POR ENFERMERÍA

ALBA TRIVIÑO ORTIZ

JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ

LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO

ARANCHA LOSANA GÓMEZ

LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

1 Introducción

El duelo, del latín "dolus" (dolor), es el proceso de adaptación y aceptación a la pérdida de un familiar, una persona próxima o vinculada afectivamente al afectado, es decir, a quien soporta y sobrelleva el duelo. Puede originarse tras el fallecimiento del sujeto querido, o precedentemente si se conoce la resolución con anterioridad. Se trata de una reacción psicológica natural, normal y además esperable, que consiente al doliente adaptarse a la pérdida, y sólo en determinados sucesos se convierte en un proceso considerado patológico. El duelo afectará al sujeto a todos los niveles: psicológico, físico, social, espiritual… Es vivido de modo diferente por cada persona, y su duración es inestable, aunque suele resolverse, según la bibliografía reciente, en un periodo de unos dos años. Se describen como

más intensos o dolorosos los vividos por sucesos que son inesperados e imprevistos, por la pérdida de hijos/as o del cónyuge.
Es muy preciso cuidar a las personas que están atravesando y por un proceso de duelo, para garantizar su salud tanto física como la psicológica, atenuar el impacto del duelo en su vida, y descubrir de modo precoz las problemáticas de salud que pueden brotar asociados y en relación al duelo: depresión, ansiedad, adicciones, abuso de fármacos, riesgo de suicidio.
Habitualmente los afectados apelan a su círculo cercano, quiere decir, amigos/as o familia, en búsqueda de un apoyo para superar este proceso. Pero asimismo concurren al sistema sanitario, especialmente en la Atención Primaria, por ser más cercana y accesible.
Según la OMS, el cuidado y la atención que se les presta a los afectados desde el sistema sanitario debe ser un trato muy cercano, integral e integrada. Integral porque proveerá cuidados en todas las dimensiones de la vida del afectado, e integrada porque deberá coordinarse entre distintos niveles asistenciales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer el concepto de duelo, sus revelaciones y tipologías.

Objetivos secundarios:
- Diferenciar un duelo considerado normal del duelo patológico.
- Indagar en los cuidados que requiere una persona que está pasando un proceso de duelo.
- Identificar los elementos que influyen en el desarrollo del duelo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda exhaustiva y sistemática de libros, casos clínicos y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la complicación o el momento en el tiempo en el que se origina, podemos distinguir diferentes tipologías de duelo. Las principales tipologías son:
- Duelo normal
- Duelo anticipado: se origina por el shock ante un diagnóstico que involucra una muerte cercana. Prepara a el sujetopara la pérdida que va a sufrir.
- Duelo latente: de menor ímpetu, pero, más mantenido en el tiempo.
- Duelo retardado: retraimiento del sufrimiento y del proceso de duelo durante un tiempo.
- Duelo ausente o enmascarado: el afectado se comporta y vive como si no hubiera ocurrido nada. Se puede mostrar de modo diferente a la habitual (síntomas inespecíficos, enfermedades psicosomáticas).
- Duelo crónico: ocurre cuando el proceso de duelo se "enquista" a lo largo de los años, impidiendo al afectado retomar su vida normal.
- Duelo de riesgo: demanda una mayor atención, ya que se da en personas con alguna ocurrencia que puede llevarlos a tener un duelo complicado.
- Duelo complicado o patológico: perturba a la salud física y/o mental del afectado y además le incapacita. Puede confundirse con patologías psicológicas como la depresión o el estrés postraumático, o darse de modo paralela con alguna de ellas., por lo que su prevalencia y acaecimiento son difíciles de conocer.

Existen varios autores expertos en el duelo, que identifican diferentes etapas de este. Estas representaciones son teóricas, y no involucran que todos los afectados vayan a pasar por todas las etapas ni que las vayan a vivir todos del mismo modo. Una de las teorías más reconocida es la elaborada por Kübler Ross, que distingue 5 etapas o fases.
- Negación: incredulidad sobre la pérdida sufrida, embotamiento emocional, substraer importancia a lo que ha pasado.
- Ira: enfado con lo que les esta pasando, con otras personas a las que se culpa de esa pérdida.
- Negociación: mecanismo que consiente ganar tiempo para asimilar la pérdida. Es acostumbrado que se cuestione cómo se podría haber impedido la pérdida y el sentimiento de culpa.
- Depresión: el sujeto intenta asimilar lo sucedido y le acometen sentimientos de tristeza, desesperanza, desamparo.
- Aceptación: etapa final del duelo en la que el sujeto admite la pérdida, la acepta y consigue vivir con ella.

Existen diferentes condicionantes que influyen en el duelo, entre ellos:

- Respecto al fallecido: edad, origen y tipo de la muerte (repentina o inesperada, traumática, suicidio).
- En cuanto al afectado: edad, salud física y mental previa, personalidad, referencias de duelos complicados, entorno social y familiar, contexto económico, creencias religiosas, recursos de distracción (trabajo, amistades, aficiones).
- Relación entre fallecido y afectado: cercanía, dependencia, parentesco.

Manifestaciones más frecuentes del duelo.

- Físicas: sequedad de boca (xerostomía) , presión en el pecho, modificaciones del ritmo intestinal, impresión de dificultad respiratoria, modificaciones del sueño, mareos, bajada del peso, falta de apetito, cansancio, inquietud, palpitaciones.
- Emocionales y psicológicas: culpa, tristeza, apatía, rabia, ansiedad, angustia, impotencia, soledad, dificultad en la concentración, fallos de memoria, ideas repetidas, etc.
- Conductuales y sociales: aislamiento social, abuso de sustancias o fármacos, cuestionamiento de creencias y valores.

Atención sanitaria al afectado.

Los cuidados a los afectados deben encaminarse y dar comienzo en el momento del diagnóstico de una enfermedad incurable o bien en el instante del fallecimiento si éste se origina de modo inesperada.

En primer lugar, se debe efectuar una valoración sobre el estado del afectado, así como aquellos condicionantes que pueden influir positiva o negativamente en el progreso del proceso de duelo. Se hablará con el paciente sobre los contextos de la pérdida (causa de la muerte, relación con el fallecido, etc.) y sobre cómo le está perturbando. Se le allana la posibilidad de la expresión de sentimientos y emociones, y se le informará sobre la posibilidad de asistir al sistema sanitario en cualquier momento si lo necesita. La atención puede realizarse de modo individual, familiar o adoptando ambas modalidades.

En el caso de un duelo normal, escasamente será preciso tratamiento, meramente mostrar disponibilidad y consejos sobre condicionantes que proporcionen una buena evolución del proceso y fomento del uso de los propios recursos del sujeto (entorno, distracciones, etc.), como prevención de duelo complicado.

En el duelo de riesgo puede ser obligatorio un apoyo emocional por parte del sistema sanitario, y un seguimiento angosto por si aparecieran problemas de salud, derivando en un duelo complicado. Puede precisar incluso de una valoración por el departamento de Salud Mental.

Si el sujeto exterioriza un duelo complicado requerirá una atención multidisciplinar por parte de expertos (médico, psicólogo, psiquiatra) y tratamiento psicológico y/o farmacológico.

El duelo es el proceso de conciliación a la pérdida de una persona. Existen condicionantes que facilitan o dificultan la buena evolución del proceso de duelo. Cuando el afectado exhibe condicionantes que inducen a una mala evolución del duelo, se designa duelo de riesgo. El duelo que afecta a la salud física y/o mental del afectado y le incapacita, se menciona duelo patológico. Según Kübler Ross el afectado pasa por 5 etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.
Es crucial e importantísima la atención sanitaria a el sujeto que está viviendo un duelo, para fomentar un duelo normal, detectar condicionantes de duelo de riesgo, y prevenir y detectar precozmente los duelos patológicos.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión vemos que hay una gran falta de preparación de los profesionales sanitarios ante el proceso de la muerte y el morir, causando un sufrimiento al equipo de enfermería, influyendo en la calidad asistencial proporcionada al paciente y su familia. Con esto los profesionales finalizan con sensaciones de dolor ante la pérdida, o con sentimientos de negación, insatisfacción, tristeza e incluso rabia por no lograr mantener la vida del paciente, originando una baja autoestima desgastando mentalmente a los profesionales y al equipo.

En los últimos tiempos se ven estudios sobre la muerte y sus influjos sobre el equipo, el cuidado y calidad de la asistencia, tema que hasta entonces es visto como un tabú, y poco discutido. Asimismo, la gran mayoría de los profesionales sanitarios reflexionan la muerte como inevitable y natural mostrando dificultad en comprender el proceso de muerte y morir y su representación en este contexto, pues se sienten frustrados e impotentes cuando un paciente muere.

Por ello, resultan relevantes indagaciones acerca de esta materia para la ampliación del conocimiento y deconstrucción de paradigmas ya existentes. Creando así refuerzos para la educación permanente y continuada de los profesionales de enfermería.

6 Bibliografía

1. Atención al duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación. Monografías SECPAL. 5; 2014.
2. Pascual AM, Santamaría JL. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(S2):48-54.

3. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. 2008; 5(1):103-116.
4. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería Global. 2009; 15.
5. Landa Petralanda V, García García JA, Moyano Lorenzo M, Molina González B. Guía clínica de Cuidados primarios de duelo. Fisterra. 2017.
6. Carmona Berrios ZE, Bracho de López CE. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública. 2008; 2(2):14-23.
7. Vargas solano RE. Duelo y pérdida. Med leg Costa Rica. 2003; 20(2).
8. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An Sist Sanit Navar. 2007; 30(3):163-
9. García-García JA, Landa Petralanda V, Grandes Odriozola G, Mauriz Etxabe A, Andollo Hervás I. Cuidados primarios de duelo.

Capítulo 21

MUESTRA DE UN CASO EN FASCITIS NECROSANTE PAULATINA POR ENFERMERÍA

JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ

ALBA TRIVIÑO ORTIZ

LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO

ARANCHA LOSANA GÓMEZ

LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

1 Introducción

La fascitis necrotizante es una infección de los tejidos blandos profundos que ocasiona destrucción progresiva de la fascia muscular y la grasa subcutánea. La infección ordinariamente se disemina a lo largo de la fascia muscular debido a su bajo aporte de oxígeno (1).
Primeramente, el tejido subyacente puede evidenciarse como no afectado, por lo que es dificultoso de diagnosticarla precozmente. La destrucción drástica del tejido y los signos sistémicos de toxicidad ocasionan una alta mortalidad.
La incidencia varía de 0,5 a 16 casos por cada 100.000 habitantes. Corrientemente acontece en adultos mayores y/o en sujetos con comorbilidades anteriores subyacentes.

El elemento predisponente más transcendental es la diabetes (40-60 %), sustancialmente con la enfermedad vascular periférica coligada. Otros elementos son la cirrosis hepática, alcoholismo o la inmunosupresión. Hay diferentes y diversos mecanismos que la ocasionan, como son quemaduras, los traumatismos, mordeduras y/o picaduras, asimismo como los postoperatorios.
Hasta en un 9 % de los sucesos no existen lesiones primeras. La fascitis necrotizante se puede fraccionar en dos categorías microbiológicas: infección polimicrobiana (tipo I) y mono microbiana (tipo II) 3:
La infección necrotizante polimicrobiana (tipo I) procedente por bacterias aeróbicas y anaeróbicas. Normalmente (Bacteroides, Clostridium o Peptostreptococcus) se aíslan en composición con Enterobacteriáceas (Enterobacter, Klebsiella, Escherichia coli, Proteus (4). De manera poco tradicional se aíslan hongos. La infección necrotizante mono microbiana (prototipo II) ordinariamente es originada por Gram + (S. pyogenes, siendo más inusual el Staphylococcus aureus (5). Puede acontecer en cualquier grupo de edad e sujetos sin comorbilidades anteriores subyacentes. La infección necrotizante ocasionada por las cepas de GAS con M tipos 1 y 3 se relaciona con el síndrome de shock tóxico estreptocócico en aproximadamente el 52 % de los casos.
La fascitis necrotizante es una infección de los tejidos blandos profundos que ocasiona una destrucción gradual y progresiva de la fascia muscular y la grasa subcutánea, con afectación sistémica y un alto porcentaje de mortalidad. Mostramos el caso de un varón de 84 años que refiere de dolor en el miembro superior izquierdo refractario a la analgesia del tercer escalón, fiebre e hipotensión que le obligó a un tratamiento antibiótico empírico y tratamiento quirúrgico de urgencia.

2 Objetivos

Evaluar el pronóstico y el tratamiento pertinentes del caso que nos atañe en este caso clínico de la fascitis necrotizante considerada como una urgencia médica.

3 Caso clínico

El caso que se expone aquí es el de un enfermo varón de 84 años, con referencias anteriores de insuficiencia renal crónica secundaria a una nefropatía diabética, portador de marcapasos VVI por BAV paroxístico y FA anticoagulada. El enfermo se presenta en las urgencias por fiebre de más de 3 días de evolución con una máxima de unos 38 ºC según nos refiere junto con un dolor en el centro torácico

y en el brazo izquierdo, focalizado en el codo, con cierta impotencia funcional secundaria.
A la exploración se muestra una placa eritematosa con flictenas a nivel de la cara lateral interna del codo, muy dolorosa a la palpación y que está limitando el adecuado movimiento.
Se le ejecuta analítica en la que se evalúa Hb 7.9 mg / dl, junto con 18.000 leucocitos con una desviación izquierda, PCR 15.37 y decadencia de su función renal con creatinina 2.29 mg/dL. Se le efectúa curva de troponinas 74-81 y ecocardiografía y que este desestima síndrome coronario agudo.
Durante su estancia en urgencias la placa va en acrecentamiento, con dolor no controlado a pesar de la analgesia administrada de tercer escalón. El enfermo exhibe una tendencia a la hipotensión y muestra anuria junto con acidosis con PH 7.22, PCO2 34, HCO3 13.9 y lactato de 5.8 que progresa a 7 mmol/L. Se emprende con sueroterapia con cristaloides y con un tratamiento antibiótico con Meropenem, Linezolid y clindamicina.
Dada la clínica que ostentaba el enfermo, se efectúa ecografía donde se evidencia engrosamiento y engrandecimiento de la ecogenicidad de la piel y del tejido celular subcutáneo del codo, con extensión al tercio medio del brazo y del antebrazo, y gas disecando los planos musculares. Tras estos descubrimientos se solventa efectuar TC de la extremidad superior, donde se muestran y evidencian burbujas de gas intramuscular en el músculo braquiorradial y braquial, así como en la grasa superficial de la fascia de los extensores.
Líquido parcialmente recopilado superficial a la musculatura del antebrazo y del codo, atrayente de fascitis necrotizante con incipiente afectación del músculo tríceps y en menos medida del braquiorradial y del braquial.
Tras los hallazgos del TC se concluye y última intervención quirúrgica efectuando fasciotomía con la apertura de la piel, fascia y del tríceps. Apertura de los braquiales y ejecución de un lavado íntegro con suero y H2O2, dejando la herida abierta. Posteriormente el enfermo ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se halla estable hemodinámicamente. Se le efectuaron Hemocultivos siendo de resultado negativos y se perpetuó con un tratamiento antibiótico previamente instaurado. Dada la próspera progresión clínica del enfermo, fue dado de alta tras los 24 días de ingreso.

4 Discusión-Conclusión

Destacaremos en nuestra conclusión y opinión la importancia y lo trascendental de su detección precoz, efectuando Ecografía/TC en busca de los signos que

denoten sospecha. Ante la presencia de ciertos signos de alarma, se aconseja el inicio precozmente del tratamiento antibiótico de amplio espectro con un adecuado desbridamiento quirúrgico de la zona afectada de manera urgente. La fascitis necrotizante es una problemática con una alta tasa de gran mortalidad por lo que, aunque es muy infrecuente, debemos efectuar un diagnóstico clínico de sospecha prematuro con inicio rápido de antibioterapia empírica (meropenem + vancomicina + clindamicina), y desbridamiento quirúrgico urgente.

5 Bibliografía

1. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing Soft-Tissue Infections. N Engl J Med 2017; 377:2253.
2. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.
3. Resman F, Svensjö T, Ünal C, et al. Necrotizing myositis and septic shock caused by Haemophilus influenzae type f in a previously healthy man diagnosed with an IgG3 and a mannose-binding lectin deficiency. Scand J Infect Dis 2011; 43:972.
4. Anaya DA, Dellinger EP. Necrotizing soft-tissue infection: diagnosis and management. Clin Infect Dis 2007; 44:705.
5. Miller LG, Perdreau-Remington F, Rieg G, et al. Necrotizing fasciitis caused by community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Los Angeles. N Engl J Med 2005; 352:1445.
6. Darenberg J, Luca-Harari B, Jasir A, et al. Molecular and clinical characteristics of invasive group A streptococcal infection in Sweden. Clin Infect Dis 2007; 45:450.

Capítulo 22

COMPLICACIONES DE EMERGENCIA EN LA DIABETES ABORDAJE POR ENFERMERÍA

LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO

ALBA TRIVIÑO ORTIZ

JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ

ARANCHA LOSANA GÓMEZ

LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

1 Introducción

La cetoacidosis diabética (CAD) es una descompensación aguda y brusca propia de la diabetes tipo I (no obstante, asimismo puede acontecer en la de tipo II bajo circunstancias de un estrés extremo, de una infección grave, derivado de un traumatismo o emergencia cardiovascular).
En diferencia, la hiperglucemia hiperosmolar (HH) es un síndrome caracterizado y particularizado por: hiperglucemia reveladora, hiperosmolaridad plasmática, deshidratación exageradamente severa y modificación en cuanto al nivel de consciencia en ausencia de cetosis.
Se origina con cierta asiduidad en los enfermos diabéticos tipo II, siendo a menudo la primera expresión y manifestación de la patología. La CAD y la HH

son dos de las complicaciones más graves de la diabetes, ostentando una mortalidad de hasta un 6 % en la CAD y de un 16 % en la hiperglucemia hiperosmolar.
La CAD está inducido por un déficit severo en la elaboración y producción de insulina (absoluto o relativo) con acrecentamiento de hormonas contra reguladoras (glucagón, catecolaminas y cortisol) que acarrean y encaminan a a la hiperglucemia y a la cetosis. La hiperglucemia se desenvuelve como resultado del incremento de la gluconeogénesis, la glucogenólisis precipitada y el deterioro de la utilización y uso de glucosa por tejidos periféricos.
La cetosis es el resultado de la estimulación e inducción de la lipólisis que incrementa la llegada al hígado de los ácidos grasos libres lo que esto provoca su transformación a cuerpos cetónicos con el efecto negativo de cetonemia y acidosis metabólica.
La HH se origina en los enfermos con DM tipo II, es decir, en sujetos con cierta reserva insulínica, lo cual bloquea la lipólisis que se origina en la CAD, impidiendo y conteniendo la formación de cuerpos cetónicos por el hígado y, por lo tanto, la acidosis secundaria. La fisiopatología de la HH radica en la hiperglucemia mantenida y la pérdida y menoscabo de agua corporal secundaria a esta, lo que encamina y deriva en a la deshidratación y al deterioro de la función renal.

2 Objetivos

- Identificar los elementos precipitantes y las manifestaciones clínicas.
- Proceder al diagnóstico y al manejo de estas patologías tan habituales y frecuentes, de gran relevancia en la esfera de las Urgencias Hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente 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. En los criterios de selección se estableció que fueran publicados en los últimos diez años y en idioma español e inglés.

4 Resultados

Entre los elementos precipitantes se expone el más común, que es la infección, responsable y culpable de hasta un 45 %, sobre todo la relativa al tracto urinario y respiratorio. Le sigue el debut y aparición diabético y el tratamiento insulínico ajustado inconveniente o del incumplimiento terapéutico. Otros desencadenantes un poco menos habituales son el estrés tanto físico y psíquico, patologías metabólicas, fármacos, alcohol y otras drogas.

Los síntomas más frecuentes y habituales de la CAD son poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso (conocidas y relacionadas como las cuatro P de la diabetes) , vómitos en algunas ocasiones en " posos de café "- gastritis hemorrágica, dolor abdominal en algunos momentos llega o puede ser tan intenso que puede simular o dar sospecha de un abdomen agudo, fetor cetonémico (aliento afrutado), hiperventilación que se especifica por la respiración de Kussmaul y de alteraciones del estado de conciencia. Con frecuencia la temperatura no es un indicador ya que puede ser normal incluso inclinándose a baja a pesar de infección concomitante. La hipotermia es un signo de un mal pronóstico.

El cuadro en la HH suele ser muy insidioso, principiando con una sed intensa y poliuria, con paulatina deshidratación e hipotensión. La sintomatología preponderante viene determinada por las alteraciones neurológicas: la mayoría de los que ostentan este cuadro muestra cierta alteración en el nivel de conciencia, posible focalidad neurológica reversible o coma.

La taquipnea es muy usual, y a veces incluso la respiración del tipo Cheyne Stokes, nunca respiración de Kussmaul, ni el aliento cetónico.

En el diagnóstico y pruebas complementarias de la CAD, se deberá sospechar por la sintomatología del enfermo y mediante la evidencia de:

- Hiperglucemia: >250 hasta 600 mg/dl dependiendo del volumen plasmático circulante.
- Cetonuria: >3+.
- pH < 7,30.
- Bicarbonato sérico < 15 mEq/l.
- Anión GAP elevado >14 mEq/l.
- HH: se debe sospechar con la clínica precedentemente descrita, sobre todo en los ancianos. Pero es obligatorio tener que confirmarla junto con la presencia de:
- Glucemia > 600 mg/dl.
- Osmolaridad plasmática > 320 mOsm/l.
- Ausencia de cetoacidosis intensa, si bien en algunos sucesos puede surgir cetoacidosis leve (pH ≥ 7,30, bicarbonato sérico >15 mEq/l, cetonemia/ cetonuria

ausentes o leves). Estos enfermos pueden ostentar una acidosis metabólica, pero es de estreno láctico y se debe a la hipoperfusión periférica.
Estos parámetros, con la clínica y los antecedentes del enfermo ya serían suficientes para tener una aproximación referente al diagnóstico. Una vez el enfermo se halle estable hay que requerir otras pruebas complementarias para ratificar el diagnóstico y conocer la casuística desencadenante.
Diagnóstico diferencial.
En la CAD debe ejecutarse con otras causas de cetoacidosis (alcohólica o por inanición) en las que la glucemia suele estar reducida y con otras acidosis con anión GAP dominante que no cursan con una elevación de cuerpos cetónicos (lacto acidosis, insuficiencia renal crónica, intoxicación por salicilatos, metanol, etilenglicol o paraldehído).
En la HH el primordial diagnóstico diferencial incluye la cetoacidosis diabética y los cuadros precedentemente descritos.
Respecto al tratamiento y a las medidas más frecuentes
1. Dieta absoluta hasta que el estado del enfermo lo consienta y los vómitos estén en remisión.
2. Canalizar vía venosa periférica. Si se encuentra compromiso hemodinámico estimar una vía venosa central y medición de la presión venosa central.
3. Sonda urinaria.
4. Monitorización intensiva (cada hora hasta estabilizar posteriormente cada 4-6 horas): glucemia capilar a la hora , iones (NA y K) y gasometría venosa concreta cada 2 horas, extendiendo el intervalo según resolución.
Tratamiento específico:
El déficit medio de los fluidos es de 3 a 6 litros en la CAD y de 8 a 10 litros en la HH.
1.Fluidoterapia: el objetivo es llegar a restablecer líquido extracelular sin ocasionar edema cerebral por la depreciación rápida de la osmolalidad.
- Iniciamos con suero fisiológico al 0,9 % (1.000 ml/hora deberá pasar en dos horas, es decir, 2.000 ml en su totalidad) que corrige la hipoperfusión y sujeta la hiperosmolaridad.
- El tipo de suero para perpetuar con la reposición dependerá del curso de hidratación, los niveles de sodio en sangre y de la diuresis. Si la natremia está normal o se encuentra elevada se cambiará a un suero salino hipotónico al 0,45%. En ambos sucesos el ritmo conveniente es de 250 a 500 ml/hora (debe concretarse en relación de la edad y de las comorbilidades del enfermo).
- Cuando la glucemia alcance los 200 a 250 mg/dl en la CAD o 300 mg/dl en la HH debe ampliarse el tratamiento con suero glucosado al 5 % a 125-250 ml/h en

"Y" fusionado al suero fisiológico para conservar glucemias entre 150-200 mg.
- Al lograr un grado de hidratación conveniente, se debe administrar sueros (el tipo dependerá de las circunstancias del enfermo) para cubrir pérdidas, a un ritmo de 3.000 cc/24 horas (se encomienda no superar los 5 o 6 litros al día).
2. Insulinoterapia: sus objetivos son el control de la cetogénesis y poder corregir la hiperglucemia. La única exclusión para retardar la insulinoterapia tras la iniciación de la reposición de volumen es la presencia de un potasio sérico <3,3 mEq/l, ya que esta incitaría el movimiento de potasio al espacio intracelular y se vería agravada la hipopotasemia.
- Primeramente, se dispondrá un bolo directo de insulina regular en dosis de 10 UI (0,15 UI/kg).
- Consecutivamente seguiremos con una infusión perpetua intravenosa de insulina regular a 0,1 UI/kg/h (50 UI en 500 cc de suero fisiológico a pasar a 60 ml/h). El ritmo de declive óptimo de la glucemia deberá ser de unos 60-90 mg/dl/h. En el punto de no conseguir estas cifras se podrá estas duplicar la dosis de insulina o la velocidad de perfusión garantizándose de un correcto ritmo en cuanto a la hidratación. La insulina se administrará siempre "en Y" con la sueroterapia.
- Cuando la glucemia logra los 250 en la CAD y los 300 en la HH se descenderá el ritmo a la mitad (0,05 UI/kg/h).
- Conservar la perfusión hasta que la crisis hiperglucémica ya esté solventada.
Se reflexiona corregida cuando:
- La glucosa se conserva por debajo de los 200 mg/dl en la CAD y de los 300 en la HH.
- El enfermo ha comenzado tolerancia oral.
- En la CAD se ha corregido la acidosis (anión GAP <12 mEq/l; bicarbonato sérico ≥18 mEq/l; pH venoso >7,30).
- En la HH el enfermo se halla mentalmente alerta y la osmolalidad plasmática es de <315 mosmol/kg.
- Una vez solventada se suspende la perfusión IV (2 horas posteriormente de administrar la primera dosis de insulina sc), y se entabla una pauta de insulina SC a su dosis habitual o, en enfermos sin tratamiento anterior, se instruirá la insulinización a la dosis habitual. Se puede calcular, asimismo, la dosis inicial de insulina SC a razón de 0,5-0,8 UI/kg/día, ajustando a continuidad según los requerimientos. Si perduraran los vómitos o el enfermo fuera incapaz de comer es preferible extender con la perfusión.
3. Potasio:
La administración de insulina induce un cambio en la repartición del potasio corporal lo que se convierte en una caída muy brusca de la concentración sérica

de potasio.
- Si las concentraciones son ≥ a 5,5 mEq o estas se desconocen, no debe administrarse, aunque si se debe verificar su nivel cada hora.
- Si las concentraciones se hallan entre 3,3 y 5,5 mEq/l, se administrará cloruro potásico en dosis de unos 20 a 30 mEq/l a la sueroterapia que se esté disponiendo en ese instante, para conservar unos niveles séricos de 4 a 5 mEq/l.
- Si la concentración se halla por debajo de 3,3 debe retardarse o suspenderse la perfusión de la insulina, ya que lo más apremiante en estos enfermos es la administración de potasio, contribuyendo con una dosis de 40 mEq (viales de 20 ml) diluidos en cada litro de suero salino hipotónico al 0,45%, para no declinar la situación hiperosmolar.

4. Bicarbonato:

El tratamiento con bicarbonato debe guardarse para enfermos con cualesquiera de los siguientes parámetros:
- pH ≤ 7,0.
- HCO3 <5.
- Potasio >7.
- Hipotensión manifiesta alta o coma profundo.

La dosis recomendada es de 100 mEq de bicarbonato sódico el cual deberá e ira diluido en 400 ml de suero salino hipotónico al 0,45% a 200 ml/h. Se repetirá la misma infusión cada 2 horas hasta que el pH sea >7.

5. Otros:

Se encomienda profilaxis tromboembólica con Clexane 20 mg sc/24 h. La antibioterapia no está indicada de manera sistemática.

5 Discusión-Conclusión

En la exposición exhaustiva del abordaje y de los efectos negativos en cuanto a patologías que puede presentar un enfermo diabético, de la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar ambos van a constituir y se les atribuye unas de las mayores complicaciones graves de la diabetes. Es tenida en consideración como una emergencia médica teniendo esta que ser atendida a la mayor prontitud posible ya que la misma si no recibe asistencia inmediata pone en peligro la vida del enfermo con afectación de cetoacidosis diabética o el coma hiperosmolar. El tratamiento de esta complicación se basa en corregir la base en sí , desencadenante de la misma, así como normalizar las cifras de glucemia y rehidratar al enfermo.

6 Bibliografía

1. American Diabetes Association. Standars of Medical Care in Diabetes 2017. Diabetes Care 2013; 36:S11-66.
2. Jiménez Murillo L, Palomares Ortega R, Lamas Qioñones et al. Cetoacidosis diabética. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición. Barcelona: Elsevier; 2015.
3. Legua Koc Sergio, Martínez Godoy Alejandro, Alvarado Pastenes Manuel, Sáez Méndez David. Afasia como debut de estado hiperosmolar hiperglicémico. Caso clínico. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Abr [citado 2022 Feb 18]; 148(4): 553-556. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000400553&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400553.

Capítulo 23

MANEJO DEL ICTUS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

TAMARA GOMEZ GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad vascular es una de las principales causas de muerte en los países desarrollados. Las 3/4 partes de los ictus afectan a personas mayores de 65 años y, debido a que en España la población está envejecida, se prevé que en el año 2050 esta patología aumente su incidencia.

El ictus, en sus dos variedades (hemorrágico e isquémico) constituye una de las cargas principales tanto sociales como sanitarias y económicas.

Se recomienda elaborar campañas de prevención del ictus orientadas a la población en general, facilitar la aparición de signos y síntomas de la enfermedad, conocer factores de riesgo así como, fomentar entre la población el concepto de ictus como urgencia sanitaria.

El Código Ictus, permite la rápida atención y traslado del paciente a un centro hospitalario y así, disminuir los efectos secundarios que pueda ocasionar la enfermedad en el paciente.

Los avances tecnológicos en el diagnóstico y las medidas terapéuticas y trombolíticos hacen necesaria la organización coordinada y multidisciplinar, tanto en la fase aguda como posteriormente en la recuperación del paciente.

La Unidad de Ictus hace más fácil el manejo de la fase aguda del ictus isquémico o hemorrágico.

Los progresos en la investigación permiten disponer de nuevas y mejores oportunidades para el tratamiento agudo del ictus, enfermedad cerebrovascular.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer la existencia de factores de riesgo ante la aparición del ictus.

Objetivos secundarios:
- Establecer protocolos de actuación para la rápida atención del paciente con enfermedad cerebrovascular.
- Exponer medidas preventivas por parte de la población para evitar la enfermedad cerebrovascular.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica descriptiva que proporciona al lector una puesta al día sobre la atención urgente en la patología del ictus, así como conocer factores de riesgo y prevención del ictus.

Búsqueda de información en diferentes bases de datos con palabras claves como: ictus, trombolíticos, unidad de ictus, código ictus.

La búsqueda se ha llevado a cabo en bases de datos como: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Scielo, Google Académico, Medline.

4 Resultados

Tras la lectura de los diferentes artículos científicos, el ictus constituye una de las principales causas de muerte tanto en nuestro país como en los países desarrollados. Además el riesgo de sufrir un ictus, aumenta con la edad, siendo más prevalente en mujeres que en hombres.

De los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular, se estima según la lectura que un 32 % precisa rehabilitación, un 10 % presentará demencia al cabo de los 3 meses tras el ictus y un 13 % puede sufrir depresión a consecuencia de la enfermedad.

Dentro de los factores de riesgo podemos encontrar: enfermedades cardiovasculares, Traumatismos craneoencefálicos, edad, estrés, alcoholismo, diabetes mellitus, tabaquismo, consumo de drogas, migrañas, obesidad, o dislipemia.

Respecto al coste de la atención del ictus, representa entre un 2 y un 4% del gasto sanitario en países desarrollados.

SI hablamos de tratamiento, debemos diferenciar entre los dos tipos de ictus: Hemorrágico e Isquémico.

El objetivo del tratamiento del ictus Hemorrágico consiste en evitar el aumento del hematoma así como la hipertensión intracraneal que se produce. También se centra principalmente en disminuir el riesgo de alteraciones neurológicas y sistémicas. Dentro del manejo del ictus hemorrágico en urgencias podemos encontrarnos con:
- Mantener PAS por debajo de 140 mmHg mediante la administración de fármacos como labetalol, nitroprusiato o nicardipino.
- Revertir la anticoagulación.
- Manejar presión intracraneal.
- Colocar al paciente en posición de Semi-Fowler, sedación adecuada, oxigenoterapia, control de la hipertermia, glucemias adecuadas, prevención de emesis.

En cuanto al objetivo principal del tratamiento de ictus isquémico consiste en revertir la hipoperfusión del tejido cerebral isquémico mediante la trombolisis con activador tisular del plasminógeno recombinante (rt-PA) o mediante trombectomía mecánica. La trombolisis, aunque aumenta el riesgo de transformación hemorrágica de la isquemia, también ha demostrado que disminuye la mortalidad y la dependencia si se administra hasta 4 horas después del inicio del episodio.

En definitiva, una atención a tiempo y un tratamiento adecuado al paciente que sufre un accidente cerebrovascular es fundamental para evitar mayor morbimortalidad en el paciente así como disminuir costes económicos en el ámbito sanitario. Por este motivo, y dado que el tiempo es un importante modificador del pronóstico de estos pacientes, el primer contacto del enfermo con la red asistencial es fundamental para que el desenlace sea el mejor posible.

5 Discusión-Conclusión

La detección precoz del ictus es fundamental para evitar morbimortalidades en el paciente. Es fundamental ser rápidos en la atención del paciente desde que llega

a urgencias hasta que se realiza el triaje y es hospitalizado para comenzar un tratamiento. Y, esto depende de dos factores principalmente: el reconocimiento de los síntomas en Triaje tal y como se ha descrito antes así como la activación del Código Ictus.

Además, los primeros cuidados enfermeros mejoran el estado fisiológico de los pacientes, disminuyendo así la aparición de complicaciones.

La mayoría de los autores de los artículos revisados, coinciden en que la activación del Código Ictus y el Triaje basado en las recomendaciones internacionales disminuyen los tiempos de atención así como la morbimortalidad.

6 Bibliografía

1. Vivancos J, Gil Núnez A, Mostacero E. Situación actual de la atención al ictus en fase aguda en España. En: Gil Núñez A (coordinador). Organización de la asistencia en fase aguda del ictus. GEECV de la SEN. 2003.

2. Díez-Tejedor E. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science 2006.

3. Álvarez Sabín J, Alonso de Leciñana M, Gállego J, Gil -Peralta A, Casado I, Castillo J et al. Plan de atención sanitaria al Ictus. Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2006.

4. Navarrete Navarro, P., Pino Sánchez, F., Rodríguez Romero, R., Murillo Cabezas, F., & Dolores Jiménez Hernández, M. (2008). Manejo inicial del ictus isquémico agudo. Medicina Intensiva, 32, 431–443.

5. Código Ictus - Federación Española del Ictus. (2016). Recuperado el 25 de abril de 2020, a partir de https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/

6. Aguilera Peña, M., Aranda Aguilar, F., Del, E., Molina, C., Lopera, E. L., Soriano Rodríguez, F., O. (2016). Procedimiento conjunto de actuación ante el Ictus en fase aguda en la provincia de Córdoba. Recuperado a partir de http://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2018/06/PROCEDIMIENTO-DEATENCIÓN-AL-ICTUS.pdf

7. Benavente, L., Villanueva, M. J., Vega, P., Casado, I., Vidal, J. A., Castaño, B., Calleja, S. (2016). El código ictus de Asturias. Neurología, 31, 143–148.

Capítulo 24

EL TRIAGE EN URGENCIAS

SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS

SARA ZARCO REILLO

ALVARO VAQUERO COMINO

1 Introducción

El triage se pude definir como un sistema creado para priorizar la atención de los pacientes que acuden a urgencias en función de la gravedad de la situación, para ello se utiliza una puntuación que además nos permitirá conocer los recursos de los cuales debemos disponer para atender esa necesidad en función de la magnitud de la gravedad. Hay diferentes sistemas de triage los cuales serán vistos a lo largo del capítulo. Todos ellos son aplicados en todo el mundo: la Australian Triage
Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester
Triage System (MTS), el Emergency Severity Index (ESI) y el Sistema Español de Triaje (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrá de Triatge (MAT).
Debemos saber que existen varios factores que van a influir a la hora de acudir o no a los servicios de urgencias, de aquí la importancia del triage, para poder así clasificar de manera adecuada la gravedad de la situación y así atender a los pacientes de manera correcta y lo más rápido posible con el fin de evitar demora en las situaciones vitales. De igual manera este sistema permitirá utilizar los recursos necesarios para dicha atención.

2 Objetivos

Conocer los diferentes sistemas de triage utilizados en el mundo y la repercusión que tiene en la atención de los pacientes

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, para ello se han utilizado diferentes buscadores y bases de datos como: dialnet, google académico, PubMed…
Se han utilizado las siguientes palabras claves: Triage; hospital; servicios médicos de urgencia; atención de pacientes. y los operadores bolenos: AND.

4 Resultados

MODELOS DE TRIAGE USADOS ACTUALMENTE EN EL MUNDO:
Los servicios de urgencia se han convertido en los lugares de referencia de los pacientes, para acudir cuando presentan alguna enfermedad ya sea leve o grave .34,35
Algunas de las patologías por las que se acude a este servicio comprometen la vida del paciente, por lo que una intervención rápida es necesaria para poder solventar dicha patología salvando así la vida del paciente y que ademas la recuoeracion sea con las menos complicaciones posibles. 34
Por todo esto en todo el mundo se utilizan diferentes sistemas de triage, seria necesario que hubiera una escala uniforme para todos los servicios, pero no hay ninguna que sea infalible pies e todas pueden aparecer errores, y que están influenciadas por diversos factores: personales, ambientales…
A continución veremos algunos de los sistemas de triage existentes:
Sistema de triage de Manchester: fue creado en 1994 en Reino Unido, actualmente se aplica en varios servicios de urgencia de toda Europa y mas ampliamente en aquellas áreas de habla alemana.
34-38. Para medir la calidad del sistema de clasificación hay que ver como de bien se identifican a los pacientes en condiciones críticas con recursos limitados.34,35,37
El tiempo es decisivo en la clasificación, sobre todo cuando existen condiciones médicas graves que deben ser priorizadas, y los pacientes deben ser identificados con precisión inmediatamente a su llegada al servicio de Urgencias.34-38

Este método de triage utiliza diagramas de flujo respaldados por 52 algoritmos, que aplican descripciones de diferentes afecciones. Estos niveles de prioridad nos indican el tiempo máximo que pueden estar en espera hasta ser atendidos por el médico. Se clasifican por clores. Los pacientes incluidos en el color rojo, requieren una atención inmediata, siendo esta la categoría mas altas, las dos siguiente categorías que serian de color naranja y amarillo y corresponden con periodos de espera mas largos entre 10-30 minutos. Por ultimo tendríamos las dos categorías mas bajas, correspondientes a los colores verde y azul , aquí nos encontramos con periodos de espera de 90- 120 minutos respectivamente. Este tiempo de espera va desde la llegada del paciente hasta que es atendido por el medico34-37,39
Para ver si era un instrumento válido Gräff y su grupo llevaron a cabo un estudio , en el que vieron la capacidad que tenia este sistema de clasificar correctamente a los pacientes, viendo por tanto que era lo suficientemente valido
La Escala de Triaje Australiana (ATS) es un algoritmo de triage para los servicios de Urgencias con cinco niveles que se han aplicado en Australia y han sido objeto de varios estudios. La escala cuenta con el aval del Colegio Australiano de Medicina de Urgencias (ACEM) y adoptada para los indicadores de rendimiento del Consejo Australiano de Estándares de Salud. Esta escala se implemento en 1993, posteriormente se reviso y se renombro como ATS, la cual se basa en predictores fisiológicos de adultos (vía aérea, respiración, circulación y discapacidad).40,41
. A partir de 1994 todos los servicios de Urgencias financiados con fondos públicos en toda Australia aplican una escala de triage estándar de cinco puntos para describir la urgencia clínica al ingreso del paciente.42 La implementación exitosa de la ATS en más de 736 servicios de atención.
Esta escala clasifica a los paciente por nivele en función del tiempo máximo de espera:
1 –> Inmediato, que pone en peligro la vida, 0 min
2 –> inminentemente morta, 10 min
3 –> Potencialmente pone en peligro la vida, 30 min
4–> potencialmente serio, 60 min
5 –> Menos urgente ,120 min
Modelo español de triage-SET El sistema español de triage (SET): es un sistema derivado del Model
Andorrà de Triage, que subdivide la atención en cinco niveles de prioridad clínica que clasifica a los pacientes según sus síntomas.44 . Este sistema fue adoptado en 2003 por la Sociedad Española de
Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) para todo el país de España; en dos tercios de los hospitales españoles es llevado a cabo por un profesional en

enfermería y cuenta con unos principios fundamentales: 45,46.
Este sistema cuenta con cinco niveles, cuenta con el personal de enfermería, lo que genera que la atención sea mas rápida, ya que no se depende únicamente del personal medico, dicho sistema además se encuentra en constante evaluación y seguimiento según indicadores de calidad.
Este sitema cuenta con ciertos criterios discriminanates que ayudan a la hora de clasificar a los pàcientes : constants; signos vitales aormales; dolor.
Ademas este sistema no solo se utiliza para adultos si no que tambien se puede utilizar con niño 47
La clasificación seria en función del tiempo máximo de respuesta:
Nivel I Crítico inmediato o min
Nivel II Emergencia Inmediato por enfermería y 7 minutos por médico
Nivel III Urgencia 15 minutos
Nivel IV Estándar 30 minutos
Nivel V No urgente 40 minuto
Modelo canadiense de triage-CTAS El modelo canadiense de triage es una estrategia también de cinco niveles, que prioriza el tiempo de atención según las características clínicas del paciente.48 Fue fundada en 1995 como la escala canadiense de triage, pero fue modificada en 1997 y, a partir de ese momento, recibió el apoyo de la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias para, posteriormente, en 2004, ser aprobada y establecida como norma en ese país, justo después de añadir la Escala Pediátrica Canadiense de Triaje. En la actualidad se ha implementado en otros países diferentes a Canadá; este sistema se revisa y actualiza cada cuatro años.49
Este instrumento clasifica a los pacientes de 1 a 5 en función de las manifestaciones clínicas, síntomas y modificadores, dividiéndolos por prioridades 50.
Prioridad I: pacientes que corresponden a los colores rojo y naranja; , los niveles I y II; tienen un riesgo inminente para la vida o su integridad. Atención médica inmediata o hasta los primeros 10 minutos de la llegada.
Prioridad II: Se clasifican en el color amarillo; el nivel III. Constituyen un riesgo potencial de inestabilidad y complicación debido a que tienen alteraciones agudas en su funcionalidad. Atención médica en no más de 15 minutos.
Prioridad III: pacientes clasificados en los colores verde y azul; niveles IV y V. Estos pacientes no tienen un riesgo de complicación evidente. Atención médica en los primeros 20 a 30 minutos siguientes a su llegada a Urgencias.

Aplicaciones del triage para el desarrollo de otras acciones clínicas:
El triage es un instrumento esencial en los servicios de urgencias, ya que como hemos visto nos permite clasificar a los pacientes según las necesidades de aten-

cion que requieren conforme a su estado de salud, pero no solo eso, si no qe ademas nos permite reconocer a aquellos pacientes que no necesiten una atencion inmediata, para asi no poner en marcha recursos que no son necesarios.
53,66
Dicha herramienta también hace factible conocer el contexto y lugar donde la persona va a ser tratada, así como saber toda la información sobre los posibles cuidados que se tendrán después del manejo agudo de la situación 53.
Es importante resaltar que en el contexto agudo se aplican diferentes escalas para las enfermedades que sean inicialmente identificadas, así mismo son útiles para hacer la remisión de un servicio a otro dentro de un mismo centro hospitalario u otro centro, e ir desescalando en tratamientos y atenciones siempre velando por dar lo más adecuado a cada paciente.53
Además, estas escalas permiten determinar la severidad de los síntomas, la mortalidad y los recursos que deben ponerse a disposición y en qué momentos determinados y aún más importante es la utilidad del triage para optimizar la atención y poder delegar labores en todo el equipo médico y de enfermería.53
Los costos en salud son importantes al momento de tomar decisiones, por lo que el triage resulta útil para determinar cuáles pacientes requieren una mayor inversión en cuanto a intervenciones y los costos, en general, para el centro de salud.66
Estos sistemas de triage no son únicamente útiles en los servicios de urgencia, sino que también se utilizan y son de gran utilidad en servicios de hospitalización, en el contexto militar, en el triage de cuidados intensivos…
En general, el triage se convierte en la estrategia más útil y costo-efectiva para atender los problemas de salud de la población. Su rápida aplicación e identificación logra salvar miles de vidas al año, distribuir, evaluar los recursos disponibles y los que se necesitan. Además, generar una calidad en los servicios de salud para evitar que los centros de salud colapsen y puedan generar una atención de calidad, conforme a las prioridades que se identifiquen en cada uno de los que acuden a los diferentes escenarios del triage. 53

5 Discusión-Conclusión

El triage es una metodología aplicada en todo el mundo para la priorización de los pacientes que llegan a los servicios de Urgencias. Si bien existen diversas herramientas para llevarlo a cabo, en general permite la adecuada clasificación de los pacientes según la gravedad de su afección y la prioridad que requiera su atención. Así, el triage tiene repercusión en la calidad y oportunidad de la atención

en salud en los servicios de Urgencias, pues permite la adecuada disposición de recursos.
Además, el triage hace posible identificar a los pacientes que no requieren una atención urgente y, de esta forma, puede ayudar a descongestionar las salas de urgencias y a reducir los gastos innecesarios en los sistemas de salud.

6 Bibliografía

1. S 1. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar 2010; 33 (Supl. 1): 55-68.
2. Illescas FG. Triage: atención y selección de pacientes. Trauma 2006; 9 (2): 48-56. 332 Medicina Interna de México 2022; 38 (2) https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.3751.
3. Ferrandis JJ, Lefort H, Tabbagh X, Pons F. War casualty triage during the First World War. Soins. 2014; (786): 41-5.
4. Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. Emerg Med J 2006; 23 (2): 154-5. http://dx.doi.org/10.1136/
emj.2005.030270.
5. Álvarez C, Macías J. Triage: generalidades. Emergencias y catástrofes 2001; 2 (3): 125-33.
6. Mendoza G, Elguero E. Sensibilidad del triage clínico en el Servicio de Urgencias Adultos del HRLALM del ISSSTE. Archivos de Medicina de Urgencia de México 2011; 3 (3): 93-8.
7. Vassallo J, Horne S, Smith JE. Triage and the Modified Physiological Triage Tool-24 (MPTT-24). J R Army Med Corps 2018; 0: 1-4.. doi:10.1136/jramc-2017-000878.
8. Kenneth V, Carlton E. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. Vol 1. Ninth edition. España: Elsevier, 2018.
9. Foleyy E, Reisner AT. Triage. En: Deaconess BI. Biddinger PD, Darling G, et al., editores. Ciottone's Disaster Medicine. Second edition. España: Elsevier, 2016; Chapter 54: 337-43.
10. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias 2003; 15: 165-74.
11. Lerner EB. Studies evaluating current field triage: 1966- 2005. Prehosp Emerg Care 2006;10(3):303-6.
12. Eyal N. Ethical Issues in Disaster Medicine. En: Deaconess BI, Biddinger PD, Darling G, et al., editores. Ciottone's Disaster Medicine. 2nd ed. España: Elsevier,

2016; Chapter 11: 67-74.
13. Zachariasse JM, Seiger N, Rood PP, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, et al.
Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study.
PLoS One 2017; 12 (2): e0170811. doi:10.1371/journal. pone.0170811.
14. Berendsen Russell S, Dinh
MM, Bell N. Triage, damned triage… and statistics: Sorting out redundancy and duplication within an
Emergency Department Presenting Problem Code Set to enhance research capacity. Australas Emerg
Nurs J 2017; 20 (1): 48-52. doi: 10.1016/j.aenj.2016.09.004.
15. Wickman L, Svensson P, Djärv T. Effect of crowding on length of stay for common chief complaints in the emergency department: A STROBE cohort study. Medicine (Baltimore) 2017; 96 (44): e8457. doi: 10.1097/ MD.0000000000008457.
16. Abualenain J, Almarzouki A, Saimaldaher R, Zocchi MS, Pines JM. The Effect of Point-of-Care Testing at Triage: An Observational Study in a Teaching Hospital in Saudi Arabia. West J Emerg Med. 2018;19(5):884-888. doi: 10.5811/ westjem.2018.6.38217.
17. RodríguezPáez FG, Jiménez-Barbosa WG, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triaje. Univ Salud 2018; 20 (3): 215-26. DOI: http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.124.
18. Molano FR, Escobar CM, García MA, Salazar PA, Mejía LC, Jiménez WG. Motivos de uso de los servicios de urgencias. Acta Odont Col 2016; 6 (1): 123- 36.
19. Hernández Santillán, E. Y. Causas de consulta del paciente geriátrico en el servicio del triage, en un hospital Público. Universidad Autónoma del Estado de México, 2012.
20. Vilpert S, Monod S, Jaccard Ruedin H, Maurer J, Trueb L, Yersin B, Büla C. Differences in triage category, priority level and hospitalization rate between young-old and old-old patients visiting the emergency department. BMC Health Serv Res 2018; 18 (1): 456. doi: 10.1186/s12913-018-3257-9.
21. Rouhani SA, Aaronson E, Jacques A, Brice S, Marsh RH. Evaluation of the implementation of the South African Triage System at an academic hospital in central Haiti. Int Emerg Nurs 2017; 33: 26-31. doi:10.1016/j.ienj.2016.12.004.
22. Hong WS, Haimovich AD, Taylor RA. Predicting hospital admission at emergency department triage using machine learning. PLoS One 2018; 13 (7): e0201016. doi: 10.1371/ journal.pone.0201016.
23. Becker JB, Lopes MC, Pinto MF, Campanharo CR, Barbosa DA, Batista RE. [Triage at the Emergency Department: association between triage levels and pa-

tient outcome]. Rev Esc Enferm USP 2015; 49 (5): 783-9. doi: 10.1590/ S0080-623420150000500011.
24. Paixão TC, Campanharo CR, Lopes MC, Okuno MF, Batista RE. [Nursing staff sizing in the emergency room of a university hospital]. Rev Esc Enferm USP 2015; 49 (3): 486-93. doi: 10.1590/S0080-623420150000300017.
25. Bedoya EA. Atención de urgencias en Cartagena, Colombia. NOVA 2017; 15 (27): 91-101.
26. Saleh A. Cross-sectional study of emergency department presentation triage categories at Goondiwindi Hospital and their effect on the treatment of acute emergencies. Aust J Rural Health 2017; 25 (4): 235-40. doi: 10.1111/ajr.12337.
27. Tshitenge ST, Ogunbanjo GA, Mbuka DO. The effectiveness of the South African Triage Toll use in Mahalapye District Hospital - Emergency Department, Botswana. Afr J Prim Health Care Fam Med 2016; 8 (1): e1-5. doi: 10.4102/ phcfm.v8i1.1030.
28. Gómez-Angelats E, Miró Ò, Bragulat-Baur E, AntolínSantaliestra A, Sánchez-Sánchez M. Triage level assignment and nurse characteristics and experience. Emergencias 2018; 30 (3): 163-168.
29. Skjøt-Arkil H, Pontoppidan LL, Laursen JO, Giebner M, Andersen JD, Mogensen CB. Do prehospital providers and emergency nurses agree on triage assignment? an efficacy study. Eur J Emerg Med 2019; 26 (1): 29-33. doi: 10.1097/ MEJ.0000000000000503.
30. van der Linden MC, Meester BE, van der Linden N. Emergency department crowding affects triage processes. Int Emerg Nurs 2016; 29: 27-31. doi:10.1016/j. ienj.2016.02.003.
31. Cremonesi P, di Bella E, Montefiori M, Persico L. The robustness and effectiveness of the triage system at times of 333 Herrera-Almanza L, et al. El triage como herramienta de priorización overcrowding and the extra costs due to inappropriate use of emergency departments. Appl Health Econ Health Policy 2015; 13 (5): 507-14. doi: 10.1007/s40258-
015-0166-5.
32. Houston C, Sánchez LD, Fischer C, Volz K, Wolfe R. Waiting for triage: unmeasured time in patient flow. West J Emerg Med 2015; 16 (1): 39-42. doi: 10.5811/westjem.2014.11.22824.
33. van der Linden N, van der Linden MC, Richards JR, Derlet RW, Grootendorst DC, van den Brand
CL. Effects of emergency department crowding on the delivery of timely care in an inner-city hospital in the Netherlands. Eur J Emerg Med 2016; 23 (5): 337-43. doi: 10.1097/ MEJ.0000000000000268.

34. Gräff I, Latzel B, Glien P, Fimmers R, Dolscheid-Pommerich RC. Validity of the Manchester Triage
System in emergency patients receiving life-saving intervention or acute medical treatment-A prospective observational study in the emergency department. J Eval Clin Pract 2019; 25 (3): 398-
403. doi: 10.1111/jep.13030.
35. Azeredo TR, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TC,
Martins JC. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. Int Emerg Nurs 2015; 23
(2): 47-52. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.001.
36. Nishi FA, de Motta Maia FO, de Lopes Monteiro da Cruz DA. Assessing sensitivity and specificity of the Manchester Triage System in the evaluation of acute coronary syndrome in adult patients in emergency care: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep 2015; 13 (11): 64-73. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2213.
37. Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Ebrahimi M. The reliability of the Manchester Triage System
(MTS): a meta-analysis. J Evid Based Med 2017; 10 (2): 129-135. doi: 10.1111/jebm.12231.
38. Steiner D, Renetseder F, Kutz A, Haubitz S, Faessler L, Anderson JB, et al. Performance of the
Manchester Triage System in Adult Medical Emergency Patients: A Prospective Cohort Study. J
Emerg Med 2016; 50 (4): 678-89. doi: 10.1016/j. jemermed.2015.09.008.
39. Nguyen-Tat M, Cornelius C, Hoffman A, Tresch A, Krey J, Kiesslich R, et al. The Manchester Triage System (MTS): a score for emergency management of patients with acute gastrointestinal bleeding. Z Gastroenterol 2018. doi: 10.1055/s-0043-124194.
40. Ebrahimi M, Heydari A, Mazlom R, Mirhaghi A. The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. World J Emerg Med 2015; 6 (2): 94-9. doi: 10.5847/ wjem.j.1920-8642.2015.02.002.
41. Varndell W, Hodge A, Ryan E, Fry M. The use and feasibility of an online software system to support assessment of accuracy and consistency in applying the Australasian Triage Scale. Australas Emerg Care 2019; 22 (3): 168-173. doi:10.1016/j.auec.2019.06.003.
42. Gerdtz MF, Chu M, Collins M, Considine J, Crellin D, Sands N, et al. Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: implications for guideline development. Emerg Med Australas 2009; 21 (4): 277-85. doi:

10.1111/j.1742-6723.2009.01197.x.
43. Hodge A, Hugman A, Varndell W, Howes K. A review of the quality assurance processes for the Australasian Triage Scale (ATS) and implications for future practice. Australas
Emerg Nurs J 2013; 16 (1): 21-9. doi:10.1016/j. aenj.2012.12.003.
44. Bermejo R, Cortés C, Rincón B, Fernández E, Peña S, De las Heras EV. El triage en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias 2013; 25: 66-70.
45. Gómez J, Torres M, López J, Jiménez L. Sistema Español de Triaje (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
46. García MM. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Enferm CyL 2013; 5 (1): 42-49.
47. Mesquita M, Pavlicich V, Luaces C. [The Spanish triage system in the evaluation of neonates in paediatric emergency departments]. Rev Chil Pediatr 2017; 88 (1): 107-112. doi: 10.1016/j.rchipe.2016.07.001.
48. Zachariasse JM, Hagen V, Seiger N, Mackway-Jones K, Veen M, Moll H.Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2019; 9 (5): e026471.
49. Krey J. Triage in emergency departments. Comparative evaluation of 4 international triage systems. Med Klin Intensivmed Notfmed 2016; 111 (2): 124-33. doi: 10.1007/ s00063-015-0069-0.
50. Velázquez-Guzmán MA, Morales-Hernández AE, FonsecaCarrillo I, Brugada A. Correlación clínica del triage con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital privado. Med Int Méx 2017; 33 (4): 466-475.
51. Alquraini M, Awad E, Hijazi R. Reliability of Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
(CTAS) in Saudi Arabia. Int J Emerg Med 2015; 8: 29. doi: 10.1186/ s12245-015-0080-5.
52. Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, Ebrahimi M. The reliability of the Canadian Triage and Acuity Scale: Metaanalysis. N Am J Med Sci 2015; 7 (7): 299-305. doi: 10.4103/1947-2714.161243. u53. Schuetz P, Hausfater P, Amin D, et al. Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. BMC Emerg Med 2013; 13: 12. doi:10.1186/1471-227X-13-12.
54. Adeniji KA, Cusack R. The Simple Triage Scoring System (STSS) successfully predicts mortality and critical care resource utilization in H1N1 pandemic flu: a retrospective analysis. Crit Care 2011; 15 (1): R39.
55. Stohl S, Sprung CL, Lippert A, Pirracchio R, Artigas A, Iapichino G, et al.

Impact of triage-toadmission time on patient outcome in European intensive care units: A prospective, multi-national study. J Crit Care 2019; 53: 11-17.
56. Moskop JC, Iserson KV. Triage in medicine, part II: Underlying values and principles. Ann Emerg Med 2007; 49 (3): 282-7. 334 Medicina Interna de México 2022; 38
(2) https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.3751.
57. Gómez Jiménez J, Ramón-Pardo P, Rua Moncada C. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington 2010.
58. Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB, Borràs M. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters be used as Emergency Department Quality Indicators? Can J Emerg Med 2003; 5 (5): 315-22.
59. Martin López JI, Fernández E, Díaz Castellanos MA, et al. Emergencias colectivas: atención a múltiples víctimas. Catástrofes. En: Vasserot Vargas FJ, Gil L, et al., editores. Elsevier. 2017. Tratado de medicina intensiva, Capítulo 18, 108-111.
60. Emerman CL, Shade B, Kubincanek J. A comparison of EMT judgment and prehospital trauma triage instruments. J Trauma 1991; 31 (10): 1369-75.
61. Álvarez B. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. Enfermería Clínica 2001; 11 (5): 230-238.
62. Núñez-Rocha GM, Flores-Guerrero FJ, Salinas-Martínez AM. ¿Tiempos de espera? El triage una alternativa en los departamentos de emergencia. Rev Inv Clin 2004; 56 (3): 314-320.
63. Primero A, Brooks L, Hojat M, et al. 320 factors contributing to patient satisfaction in emergency department. Ann Emerg Med 2012; 60 (4): S114-S114.
64. Ruiz V, Fajardo J, García JL, Cruz F, Rodriguez R. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Revista de Calidad Asistencial 2011; 26 (2): 111-122.
65. Saxon K, Londres K, Bacharouch A, et al. Patients' perceptions of waiting times and the effect on patient satisfaction in the emergency department. Ann Emerg Med 2013; 62 (4): S82-S82.
66. Linder F, Holmberg L, Bjorck M, Juhlin C, Thorbjornsen K, Wisinger J, et al. A prospective stepped wedge cohort evaluation of the new national trauma team activation criteria in Sweden - the
TRAUMALERT study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2019; 27 (1): 52. doi: 10.1186/ s13049-019-
0619-1.
67. Ryu JH, Min MK, Lee DS, Yeom SR, Lee SH, Wang IJ, et al. Changes in relative

importance of the
5-Level Triage System, Korean Triage and Acuity Scale, for the disposition of emergency patients induced by forced reduction in its level number: A multi-center registry-based retrospective cohort study. J Korean Med Sci 2019;; 34 (14): e114. doi: 10.3346/jkms.2019.34.e114
Herrera-Almanza, L., Hernández-Martínez, A., Roldan-Tabares, M. D., Hernández-Restrepo, F., Thowinson-Hernández, M. C., Coronado-Magalhães, G., ... & Martínez-Sánchez, L. M. (2022). El triage como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. Medicina Interna de México, 38(2), 322-334.

Capítulo 25

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

JAVIER VAÑÓ GARCÍA

TANIA LOPEZ GALLARDO

RUBEN LEAL ARANDA

ANA RUIZ MARTINEZ

SANDRA MUELAS MARTINEZ

1 Introducción

Los trastornos mentales son un problema de salud cada vez más grave en el mundo. Representan unos altos costos económicos y sociales que tienen un impacto directo e indirecto sobre el propio paciente, en su entorno y en la sociedad en general. Aunque el término enfermo mental ha evolucionado en estos últimos años, a este tipo de paciente se le suele llamar "locos","peligrosos" o "enfermos mentales". Estos prejuicios conducen a la discriminación en el trato social y sobretodo en el lugar de trabajo, lo que afecta al desarrollo de la vida normal de estas personas.

Es importante conocer que una de las habilidades de los cuidadores en el cuidado de la salud es sensibilizar a la opinión pública sobre las personas que tienen problemas de salud mental y concienciar sobre la importancia de prevenir la exclusión social de estos mismos pacientes al tiempo que se promueve la independencia.

Suele aparecer entre los 20 y 30 años, aunque en ocasiones puede aparecer en la niñez o en la adultez muy tardía. Afecta a ambos sexos con la misma frecuencia. Se divide en dos subgrupos, trastorno esquizoafectivo bipolar cuando el trastorno incluye un episodio maníaco o mixto y un trastorno esquizoafectivo depresivo cuando el trastorno solo incluye episodios depresivos mayores.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es mostrar los cuidados y atención por parte del personal de enfermería en un paciente con trastorno bipolar y sus cuidados.

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.

4 Resultados

El principal problema es la gestión sanitaria ineficaz por falta de conocimiento e interacción. Para aumentar el conocimiento y promover la independencia, se organizan reuniones con el paciente para ayudarlo a seguir las recomendaciones adecuadas.
El trastorno depresivo no solo afecta al paciente, sino también a todo el entorno del paciente, lo que provoca cambios en función de la ubicación de la enfermedad. Los planes de atención para pacientes con enfermedades mentales tienen como objetivo mantener la máxima autonomía del propio paciente.
Con el creciente del número de casos, la salud mental necesita cada vez más recursos, más especialistas y más investigación para prevenir esta enfermedad y mejorar los tratamientos existentes.
Como personal de enfermería, debemos ofrecer el tratamiento más amplio posible, evaluar al paciente de una forma global y adaptar nuestras intervenciones para que el paciente pueda vivir la vida más normal posible.
La aparición de la enfermedad puede ir acompañada del aislamiento social, pérdida de interés por los estudios o el trabajo y trastornos del comportamiento. La aparición de un comportamiento extraño corresponde a una fase activa y permite

identificar la enfermedad. El diagnóstico se basara en los síntomas presentes, su duración y el efecto que tienen en la vida del paciente. En cambio, se realizan pruebas adicionales como escáneres cerebrales, análisis de sangre y orina para descartar otros tipos de enfermedades que podrían explicar el cuadro clínico.
Actualmente se desconoce cuál es la causa biológica de este trastorno, pero existen varias hipótesis que sugieren un mal funcionamiento entre diferentes sistemas de neurotransmisión. Puede haber una serie de factores genéticos o hereditarios que modifiquen los impulsos nerviosos que hay en el cerebro, así como factores desencadenantes siendo algunos de ellos la familia, la farmacología y el consumo de drogas.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, en el tratamiento, la combinación más común de farmacología y rehabilitación es la mejor opción para arreglar la autonomía del paciente. Es necesario enfatizar la importancia del apoyo disciplinario para otros profesionales de la salud y un plan de intervención individualizado adaptado para cada paciente. El papel de la enfermería hace un papel clave en el proceso de aprendizaje del manejo de la enfermedad, ya que las intervenciones biológicas sociales incluyen una serie de medidas destinadas a minimizar los síntomas de los pacientes al estrés, facilitar la recuperación, obligarlos a adaptarse y métodos de mejora y la protección de las familias, sociales, asuntos, educación y formación. Estas intervenciones pueden centrarse en la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales y la eficacia de los asuntos sociales.

6 Bibliografía

1. Asociación psiquiátrica Española. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de España Salud Ment. 2017; 37(1):1–120 www.google.es.

Capítulo 26

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA INGURGITACION DE LA VENA YUGULAR

JAVIER VAÑÓ GARCÍA

TANIA LOPEZ GALLARDO

RUBEN LEAL ARANDA

ANA RUIZ MARTINEZ

SANDRA MUELAS MARTINEZ

1 Introducción

La expresión de flebectasia fue nombrada por Gerwing en 1952 para distinguir de una várice.
La distensión de la vena yugular ocurre cuando la presión de la vena cava superior aumenta considerablemente produciendo que la vena yugular se hinche, esta genera que sea más visible en la parte derecha del cuello. La flebectasia se define como una dilatación anormal saculofusiforme y no varicosa, se presenta en cualquiera de las venas del organismo. También llamada aneurisma venosa, pseudoaneurisma venoso, quiste venoso congénito, ectasia venosa, es una formación rara que aparece como una dilatación fusiforme de la vena yugular en la parte interna.

La distensión se produce cuando la presión aumenta, provocando una prominencia que transcurre por el lado derecho del cuello. Las venas yugulares son las venas que transportan la sangre desoxigenada desde la cabeza hacia el corazón y se realiza por medio de la vena cava superior.
Hay dos grupos de venas yugulares, que se encuentra a ambos lados del cuello:
- Externo.
- Interno.
Para poder examinar la ingurgitación de la vena yugular se coloca al paciente en decúbito supino a 45 grados, en situación normal la vena está colapsada no más de 1 a 2 veces cm por encima de la articulación manubrio esternal y la ingurgitación decrece durante la inspiración.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo Identificar y conocer los síntomas y signos de que un paciente esté padeciendo una distensión de la vena yugular. Ello nos ayuda para anticiparnos a un diagnóstico precoz de diversas patologías.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las causas de flebectasia excesiva pueden ser bilateral y unilateral.
1. Bilateral: se relaciona con insuficiencia cardiaca derecha, pericarditis constructivo y se caracteriza por una ingurgitación mayor durante la inspiración.
1. Unilateral, bocio de gran dimensión: este procedimiento, dado que se trata de una patología benigna, se recomienda realizar revisiones periódicas y se retrasara la modificación mediante cirugía en caso si presentan complicaciones asociadas. Entre los procedimientos quirúrgicos se describen la ligación o extracción del segmento afectado. Se describe una técnica que consiste en envolver el segmento dilatado con una prótesis tubular de politetrafluoroetileno.

En el taponamiento cardíaco, se investigará la tríada Beck, que es una serie de tres signos médicos que acompañan al taponamiento cardiaco agudo, una naturaleza de emergencia en la que el líquido se deposita alrededor del corazón y afectando su capacidad para bombear la sangre.
Los signos son la presión arterial baja, la distensión de las venas del cuello y ruidos cardiacos distales y amortiguados.
En la ingurgitación de la vena cava yugular da a entender una congestión al retorno venoso, pudiendo ser provocado por: insuficiencia cardíaca, incompetencia tricuspídea, pericarditis constrictiva, etc.
En la ingurgitación de la vena yugular se puede distinguir 4 grados:
- Grado 1: esta se llena 2 cm.
- Grado 2: esta se llena de la mitad inferior del trayecto entre la quijada y la clavícula.
- Grado 3: se llena todo el trayecto.
- Grado 4: llenado de más de 1 cm postaurícular.
Las funciones de la enfermera son:
-Comprobar las constantes vitales como la respiración, la presión arterial y el pulso.
-Llevar a cabo la anamnesis y la exploración física. Explorar para ver el obstáculo que provoca la distensión de las venas yugulares.
-Examen adicional: Se realizarán una radiografía de tórax si hay señales de que se produzca una insuficiencia cardíaca, obstrucción cardíaca o pericarditis.

5 Discusión-Conclusión

La presión elevada de las venas yugulares refleja el incremento de la presión de la aurícula derecha, la cual se conexiona con la elevada presión de llenado con el lado izquierdo del corazón y sus efectos adversos en los pacientes que padecen una insuficiencia cardiaca crónica.
Si bien las flebectasias son muy poco comunes, es una patología a tener en cuenta como diagnóstico desigual de una tumoración cervical que intensifica con maniobras de Valsalva.
El descubrimiento de ingurgitación yugular es el signo más seguro que hay para saber la sobre carga de volumen, el cual mejora su singularidad cuando está con el edema de miembros inferiores.

6 Bibliografía

1. www.google.es.
2. https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.l.1.42.

Capítulo 27

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA

JAVIER VAÑÓ GARCÍA

TANIA LOPEZ GALLARDO

RUBEN LEAL ARANDA

ANA RUIZ MARTINEZ

SANDRA MUELAS MARTINEZ

1 Introducción

Las infecciones respiratorias son una de las causas de consulta y hospitalización en pediatría, siendo en numerosas ocasiones fundamentalmente vírica.
Las infecciones respiratorias se clasifican en infecciones de vías altas y vías bajas. El diagnóstico suele basarse en una buena anamnesis, que se deberá individualizar para cada paciente.
Las infecciones virales afectan a niños de todas las edades, siendo más frecuentes en pacientes menores de cinco años y en aquellos menores de dos años.
Los niños pueden llegar a tener aproximadamente entre seis y ocho episodios de infecciones respiratorias al año, afectando en mayor medida al tracto respiratorio inferior, especialmente en los lactantes, de ahí la importancia que tiene esta

enfermedad en las consultas de Atención Primaria y en los servicios de Urgencias. El personal de enfermería tiene que tener en cuenta cómo se deben tratar dichas infecciones, dado que en un gran número de casos las familias al consultar sobre este tipo de patologías demandan tratamiento con antibioterapia, aunque siempre hay que tener en cuenta que el uso inadecuado de antibióticos favorece las resistencias bacterianas y produce un aumento de efectos adversos.
Según los datos, casi la mitad de los niños por debajo de dos años que necesitan hospitalización son debidos al virus respiratorio sincitial, seguido de rinovirus, adenovirus, HBoV, PIV, hMPV y la gripe.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer la etiología más frecuente de las infecciones respiratorias pediátricas y conocer los signos clínicos de las infecciones respiratorias pediátricas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según los datos, casi la mitad de los niños por debajo de dos años que necesitan hospitalización son debidos al virus respiratorio sincitial, seguido de rinovirus, adenovirus, HBoV, PIV, hMPV y la gripe.
En mayores de dos años, los rinovirus son los causantes de los casos de hospitalización, seguidos por adenovirus, HBoV y otros grupos de virus como el virus respiratorio sincitial.
En niños que no precisen hospitalización, los virus más frecuentes son los rinovirus, seguidos del virus respiratorio sincitial y, en mucha menor frecuencia, CoV, PIV hMPV y HBo-V.
Las infecciones respiratorias más frecuentes son:
- Rinofaringitis: Virus y ocasionales: Neumococo y estreptococo A.

- Faringitis y amigdalitis: Virus, estreptococo A. Ocasionales: estreptococo C y G, M pneumoniae.
- Celulitis periamigdalar: estreptococo A y anaerobios.
- Epiglotitis: H. influenzae B.
- Laringotraqueítis: Virus y ocasionales. M. pneumoniae.
- Bronquiolitis: Virus respiratorio sincitial.
- Laringitis: Virus respiratorio sincitial.
- Neumonía: Neumococo y virus respiratorio sincitial.

El tratamiento de las infecciones respiratorias en niños es sintomático.

Los antibióticos no están indicados de forma rutinaria en las infecciones respiratorias pediátricas.

Las infecciones respiratorias pediátricas suelen ser agudas y acompañadas de fiebre en algunas ocasiones, con coriza de etiología viral.

Las infecciones respiratorias de vías altas se caracterizan por rinorrea acompañada o no de tos sin sibilancias, ni disnea ni crepitantes ni uso de broncodilatadores, pudiendo tener o no fiebre, se incluyen las faringo amigdalitis y laringitis.

Las infecciones respiratorias de vías bajas se caracterizan por la presencia de tos con sibilancias, disnea o crepitantes, así como por la necesidad de usar broncodilatadores, pudiendo asociarse o no a fiebre, se incluyen la bronquiolitis, los episodios de sibilancias recurrentes, crisis asmática y neumonía.

Existen guías con las prescripciones empíricas más adecuadas para los procesos con infecciones respiratorias pediátricas, estando indicada, por ejemplo, la utilización de pauta de Penicilina V durante 10 días para la faringoamigdalitis estreptocócica.

Otras exploraciones complementarias no están recomendadas de forma rutinaria, solo la radiografía de tórax y la analítica para casos con evolución tórpida.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones respiratorias son una de las causas de consulta y hospitalización en pediatría. Dado que la etiología de las mismas en su mayoría es viral, los antibióticos no están indicados de rutina en las infecciones respiratorias pediátricas. Es importante realizar una adecuada educación sanitaria para las familias, de forma que entiendan como es el proceso asistencial y que la curación de la enfermedad no tiene que estar en relación a la toma sí o sí de antibioterapia. También es relevante valorar estrategias comunitarias para disminuir la creencia de que el uso de antibióticos resuelve infecciones virales, así como para concienciar sobre los efectos secundarios que pueden aparecer de un mal uso de los mismos.

6 Bibliografía

1. Ovalles YB, Velásquez JN. Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. Rev Medicas UIS. 25 de marzo de 2015; 28(1):133-41.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 28

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NEUMOTÓRAX

EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO

ANA PILAR ROLANDO AMAYA

BELEN MUÑOZ SAIZ

1 Introducción

Esta entrada de aire al espacio pleural, provoca un colapso pulmonar que genera dificultad respiratoria, hipoventilación alveolar e hipoxia, pudiendo llegar a producir una parada cardiorrespiratoria secundaria a una insuficiencia respiratoria importante originada por un shock obstructivo.

Su diagnóstico extrahospitalario se establece basándose ante una serie de síntomas y signos que lo caracterizan, como pueden ser dolor retroesternal irradiado al cuello y espalda.

La función básica del sistema respiratorio es suministrar el oxígeno necesario para la producción de la energía que requiere el organismo, para cumplir esta función, el aparato respiratorio necesitará:

- Una bomba mecánica para la movilización del aire: la caja torácica con sus músculos respiratorios.

- Un sistema de conducción del aire: constituido por una serie de tubos ramificados y flexibles que conformarán la vía aérea.
- Un lugar, al final de la vía aérea, donde la sangre entre en íntimo contacto con el aire inspirado para que se realice el intercambio gaseoso, que serán las unidades de intercambio gaseoso, formadas por los sacos alveolares y los capilares pulmonares.

Se denomina neumotórax espontáneo a la acumulación de aire o gas en el espacio pleural que rodea a los pulmones sin relación a trauma torácico, ventilación mecánica, cateterización cardíaca o cirugía cardíaca.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizar los distintos tipos de neumotórax e identificar cuáles son los cuidados de enfermería que se deben realizar a los pacientes con neumotórax.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica con la búsqueda de bases de datos electrónicas: Google Académico, Pubmed, Scielo. Con palabras claves como ”neumotorax y personal de enfermería, principales cuidados”.

4 Resultados

Existen varios tipos de neumotorax, entre ellos destacamos:
- Neumotórax espontáneos: Los espontáneos primarios se dan en pacientes sin antecedentes pulmonares, y una vez que el pulmón se reexpande, no presenta ninguna alteración. Los espontáneos secundarios se producen cuando el neumotórax sufre una complicación por una enfermedad existente a nivel del parénquima pulmonar.
- Neumotórax a tensión: Se trata de una complicación extremadamente grave que se puede presentar si la fisura pulmonar adopta la disposición de una válvula unidireccional, esta permite la entrada de aire a la pleura pero no su salida.
- Neumotórax traumático: Los traumáticos pueden ser cerrados, el neumotórax se puede deber a un aumento brusco de la presión en el parénquima pulmonar o como complicación de fracturas costales.

- Neumotórax iatrogénicos: Se relacionan con la canalización de vías venosas centrales o toracocentesis.
- Neumotórax catamenial. Es poco frecuente. Suele darse en mujeres mayores de 25 años, durante las primeras 48 horas de la menstruación.

El equipo de enfermería debe de tener especial atención con estos pacientes debido a sus complicaciones. Entre sus funciones destacamos:
- Evaluación de las constantes vitales y función respiratoria del paciente.
- Comprobar y mantener el correcto funcionamiento del drenaje torácico.
- El dispositivo de recogida debe mantenerse por debajo de la altura del tórax del paciente.
- Valorar y registrar la cantidad de drenado y sus características.
- Garantizar una manipulación segura del tubo de tórax.
- El tubo de tórax debe pinzarse antes de ser retirado. Se retirará el tubo en la fase de espiración, impidiendo la entrada de aire en el espacio pleural.

Se define neumotórax como la presencia de aire en la cavidad pleural, debido a una lesión en el parénquima pulmonar, que conlleva al colapso del pulmón. En un neumotórax, los ruidos respiratorios pueden estar ausentes o disminuidos a la auscultación.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el enfermero conozca este método para poder proporcionar a su paciente los mejores cuidados y aprovechar todos sus beneficios. Los cuidados por parte de enfermería conseguirán:
- Reducción de la infección, en el punto de inserción, y en la pleura o pulmón.
- Reducción de los riesgos inherentes a este drenaje.
- Mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
- Reducción de las complicaciones.

Hay multitud de complicaciones posibles en los neumotórax espontáneos, pero sin lugar a duda la más grave es el neumotórax a tensión, que se corresponde con una emergencia a la que hay que ponerle fin inmediatamente si no se quiere llegar a una parada total del corazón.

Existen multitud de tratamientos para cada tipo de neumotórax y cada tipo de paciente, sin embargo el método más eficaz es el drenaje pleural.

6 Bibliografía

1. Servicio de salud de Castilla La Mancha. Protocolo de cuidados de Enfermería al paciente portador de drenaje pleural. SESCAM [Internet]. 2016 [citado 4 agosto de 2021]. Disponible en: https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c72fe0b78ffbd9be2bb9cd178bb880f7.pdf
2. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-neumotorax-espontaneo/.

Capítulo 29

PACIENTES CON ANEMIA FRENTE A LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO

ANA PILAR ROLANDO AMAYA

BELEN MUÑOZ SAIZ

1 Introducción

La anemia se diagnostica por el déficit de glóbulos rojos en el cuerpo. Los glóbulos rojos son los encargados de suministrar el oxígeno a todos los tejidos corporales. Algunos de los síntomas más frecuentes de este tipo de anemia son:

- Fatiga.
- Piel pálida.
- Debilidad.
- Manos y pies fríos.
- Falta de apetito.

La principal causa que provoca la anemia en los pacientes con enfermedad renal crónica es la producción inadecuada de eritropoyetina endógena que es una hormona que actúa sobre la diferenciación y maduración de los precursores de la serie roja.

Los pacientes que presentan problemas de insuficiencia renal suelen tener anemia por una falta de suficiente cantidad de EPO que es una hormona que producen los propios riñones para drenar.
Dentro del término anemia podemos encontrar diferentes tipos de anemia:
- Anemia por deficiencia de folato (ácido fólico).
- Anemia por deficiencia de vitamina B12.
- Anemia megaloblástica.
- Anemia aplásica idiopática.
- Talasemia.
- Anemia por enfermedad crónica.
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Anemia hemolítica.
- Anemia perniciosa.
- Anemia drepanocítica.

De todos los tipos de anemia nombrados anteriormente la más común y más diagnosticada es la anemia por deficiencia de hierro.
La anemia es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con enfermedad renal crónica.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es explicar los síntomas, diagnósticos de enfermería y actuaciones enfermeras en el manejo y control de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica.

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.

4 Resultados

La anemia en la Enfermedad renal crónica está provocada por la pérdida del funcionamiento renal, generalmente con filtrados glomerular entre (FGe 60-30 ml/min/1,73 m2), para poder combatir este tipo de anemia el médico prescribe a

la paciente ferroterapia y eritropoyetina que estimula la formación de glóbulos rojos y será administrada por el personal de enfermería la dosis prescrita por el especialista para controlar la anemia.
Los principales diagnósticos del personal de enfermería al ingresar los pacientes siguen unas pautas para comprobar si hay enfermedad renal crónica como son:
- Fatiga definida por cansancio y energía insuficiente.
- Culpabilidad por la dificultad en mantener sus responsabilidades.
- Deterioro del estado de ánimo definido por una actitud triste y cambio en el apetito.
- Desgaste de su habilidad para la actividad física habitual.
- Síntomas de malestar relacionado con el lugar donde se encuentra.
- Termorregulación ineficaz definida por manos y pies fríos.
- Problemas de nutrición por debilidad muscular necesaria para la masticación.
- Dificultad a la hora de respirar.
El personal de enfermería vigilara otros síntomas en la exploración física podemos observar si el paciente presenta:
Signos: está consciente, coloración de la piel pálida y astenia.
Control de constantes vitales: tensión arterias, temperatura y pulso.
Una vez dentro se le realizan las siguientes pruebas analíticas:
Hemograma completo, incluyendo: hemoglobina, índices de los hematíes (VCM, HCM), recuento leucocitario (y diferencial) y recuento plaquetario. Reticulocitos absolutos
Parámetros del metabolismo férrico: hierro, ferritina, transferrina, índice de sat4uración de la transferrina (IST).
- Electrocardiograma.
- Analítica de orina.
Tras las pertinentes pruebas realizadas a nuestra paciente se llega a la conclusión de que Julia padece anemia provocada por la E.R.C.
Las actuaciones de enfermería son las siguientes:
- Explicar el tratamiento de la dosis prescrita en ferroterapia y EPO.
- Vigilar el cumplimiento del tratamiento.
- Analizar los factores de progresión modificable y no modificable de la anemia en la ERC.

5 Discusión-Conclusión

La formación continuada de los enfermos sobre los temas que son importantes para ellos, permite ayudarlos a mejorar los resultados, crear actitudes positivas

en cuanto a su tratamiento, y ser más independientes.
La importancia de determinar los diagnósticos de enfermería comunes en los pacientes con Enfermedad renal crónica, sostiene el deseo de ayudar a los profesionales de enfermería en la atención a estos pacientes proporcionando herramientas para la planificación de la asistencia.
La identificación de diagnósticos de enfermería en la que se ven afectados con mayor frecuencia en la persona con enfermedad renal crónica, permite direccionar, organizar y dirigir las acciones que tiendan a mejorar la salud y la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. www.revistemedica.com.
2. Anemia slideshare [Internet]. 2002 [cited 30 January 2021]. Available from: https://es.slideshare.net/luiscarvajalz/estudio-de-caso-anemia
www.scielo.org.

Capítulo 30

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS EN LA FIBROMIALGIA

EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO

ANA PILAR ROLANDO AMAYA

BELEN MUÑOZ SAIZ

1 Introducción

Los síntomas son fluctuantes y a lo largo del tiempo pueden mejorar o empeorar. Este dolor empeora con el frío, la humedad, el ejercicio inadecuado y el estrés y este mejora con el calor local.

Es importante la implicación de todo el personal sanitario en el abordaje de esta enfermedad, ya que el pronóstico mejora notablemente con la existencia de un diagnóstico más precoz. Una vez diagnosticado es imprescindible una exploración del paciente para identificar sus necesidades y conseguir unos resultados terapéuticos más completos, procurando que la calidad de vida del paciente mejore y se deteriore lo menos posible.

La fibromialgia es una enfermedad crónica y compleja caracterizada por la presencia de un dolor musculo-esquelético, de hiperalgesia y de alodinia. Este dolor generalmente se acompaña de fatiga y alteraciones del sueño junto a parestesias,

rigidez, cefaleas, ansiedad, depresión, etc. Esta enfermedad afecta a la esfera biológica, psicológica y social del paciente, mermando la calidad de vida, tanto a nivel personal como el profesional, lo que repercute en la capacidad física, en las relaciones personales y en el trabajo, con un aumento de la incapacidad laboral, utilización de recursos, costes sanitarios y la demanda asistencial, en las consultas de atención primaria y reumatología.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las características de la fibromialgia y su implicación en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultado los artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Google académico y Scielo.

4 Resultados

La fibromialgia está presente en el catálogo de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud desde el año 1992. Según EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología en 2000, en la población adulta se estima que la prevalencia de la fibromialgia es del 2,37 %, con un 4,2% para las mujeres y un 0,2% en hombres. En cuanto a su distribución por la edad se encuentra un pico de prevalencia en las edades medias de la vida que coincide con la edad de productividad laboral, aunque puede afectar a pacientes de cualquier tipo de edad.
El diagnóstico se basa en la clínica y en la valoración física del paciente. Es conveniente establecer un diagnóstico lo antes posible para evitar pruebas diagnósticas innecesarias y tratamientos inadecuados que pueden perjudicar al paciente.
El tratamiento eficaz de la fibromialgia depende de la correcta utilización de agentes farmacológicos inscritos por el facultativo, aunque resultan más efectivos cuando se asocian a otros tratamientos terapéuticos, tales como la intervención cognitivo-conductual, el ejercicio físico y la terapia ocupacional.

La fibromialgia tiene un mayor impacto sobre la calidad de vida y las actividades motoras. El dolor, el cansancio al levantarse por las mañanas son las sintomatologías más afectadas en pacientes con fibromialgia presentando limitaciones tanto para las actividades básicas de la vida diaria como es vestirse, lavarse o deambular, como para las actividades instrumentales de la vida diaria como es comprar, medicación, cuidado de la casa y lo que va a afectar a sus relaciones personales como el trabajo, ocio, tiempo libre, actividad sexual y descanso.
La fibromialgia afecta significativamente a la capacidad funcional y la calidad de vida, independientemente del sexo que tenga el paciente, la edad, el nivel de estudios y la presencia de comorbilidad.
Su etiología es desconocida y se caracteriza por un dolor crónico generalizado que se prolonga más de tres meses y la existencia de puntos sensibles o puntos gatillo.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería mediante la elaboración de planes de cuidados, tiene que establecer una serie de medidas entre las que se puede destacar terapia cognitivo-conductual, ejercicio cardiovascular, actividades educativas y sesiones de terapia de apoyo, que ayudan en el manejo ese dolor y controlar los síntomas, mejorando la calidad de vida y proporcionando un conocimiento más eficaz de esta enfermedad a estos pacientes.
El tratamiento de la fibromialgia requiere un enfoque multidisciplinar y un equipo de profesionales como es el de enfermería, por su cercanía, accesibilidad y atención integral a toda la población, tiene un papel muy importante en la detección precoz de la enfermedad, adherencia al tratamiento y educación sanitaria del paciente.

6 Bibliografía

1. Fernández Rodríguez S, Argüelles Otero L. Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAP).
2. Restrepo JC, Rojas JG. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? Invest Educ Enferm. 2011; 29(2): 305-314 www.google.es.

Capítulo 31

LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS VASCULARES

ELENA SANCHO MUÑOZ

. .

ABDELOUAHED AMAL AMANE

. .

RAQUEL CASTILLO MARTIN

1 Introducción

La obstrucción de las arterias principales es producida por la isquemia en la zona en donde irrigan esas arterias como son los miembros inferiores. Suele producirse más frecuentemente en personas mayores de 70 años de edad y con alguna patología de base.
También es más predominante en pacientes con ciertos factores de riesgo modificables como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la arterioesclerosis, como factores no modificables como la edad y la raza.
Desde la enfermería de primaria se puede actuar en estos factores de riesgo realizando prevención primaria tratando de evitarlos para que no se produzcan la obstrucción de las arterias.

Un síntoma muy característico en esta patología que suele estar presente en estos pacientes es la llamada claudicación intermitente, conocida como la enfermedad de los escaparates.
Este síndrome se caracteriza por un dolor repentino en los miembros inferiores debido a deficiencias de oxígeno producido por la obstrucción arterial, que hace que el paciente se detenga para que disminuya el dolor. Pero cuando la obstrucción está ya avanzada el dolor se mantiene también en reposo.
El diagnóstico comienza con una anamnesis al paciente con preguntas sencillas, el ITB (Índice Tobillo Brazo) que consiste en la realización mediante un Doppler arterial obtener la diferencia de presión de la circulación de brazos y piernas.
El papel de enfermería comienza con la actuación sobre los factores de riesgo y en la realización de curas de úlceras vasculares. Como tratamiento farmacológico se utilizan los antiagregantes. Otra opción terapéutica consistiría en la intervención quirúrgica para realizar una revascularización mediante un baypass.

2 Objetivos

- Indicar cual es uno de los síntomas clave en los pacientes que tienen una úlcera vascular.
- Explicar cual es el papel del personal de enfermeria en pacientes con una ulcera vascular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

La incidencia de pacientes con enfermedades arteriales es actualmente elevada, por lo que la revisión de los estudios al respecto se hace necesaria en cuanto a los cuidados de enfermería que faciliten a disminuir la aparición de complicaciones.

Una de las complicaciones más llamativas en estos pacientes son las úlceras vasculares que se suele situar en maléolos, talón y dedos de los miembros inferiores. El objetivos de esta revisión bibliográfica es la de los cuidados enfermeros de estas úlceras vasculares producidas por la enfermedad arterial periférica para conseguir la recuperación de estas lesiones y realizar educación sanitaria a estos pacientes para ayudarles para mejorar sus hábitos saludables, y poder así disminuir las complicaciones que pueda ocurrir como consecuencia. Entre los cuidados principales están:

- Realización de curas secas, evitando la aparición de infecciones.
- Quedan desaconsejados los vendajes compresivos, ya que entorpecen la circulación y favorecen la aparición del dolor en miembros inferiores.
- Realizar seguimiento del paciente tras la realización de la revascularización, controlando el estado de las úlceras y aplicando los distintos tratamientos.
- Tras la limpieza de la úlcera, se favorecerá la formación del tejido de granulación y epitelización.

Educación sanitaria en la consulta de enfermería:

- Pacientes diabéticos: llevar un buen control glucémico puede ayudar a prevenir su aparición.
- Tabaquismo: intentar evitar el inicio o abandono del tabaquismo, puede ayudar considerablemente en la pronta recuperación de dichas úlceras.
- Hipertensión arterial: el paciente debe llevar una buena alimentación evitando el uso de la sal.
- Higiene de la piel: debemos revisar los miembros inferiores, sobre todo en diabéticos, en busca de lesiones.
- Uso adecuado de calzado, no andar descalzo para evitar lesiones.
- Cuidado de las uñas, uso de tijeras de punta roma.
- Evitar ropa que comprima y entorpezca la circulación adecuada.
- Realizar un adecuado control de peso.
- Realización de ejercicio físico adecuado para favorecer la circulación.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la elevada incidencia de esta enfermedad arterial se hace necesario revisiones sobre los diferentes estudios. El personal de enfermería debe poseer conocimientos para detectar cualquier complicación derivada de la obstrucción arterial para tratar de evitar la aparición de isquemia, necrosis y finalmente la amputación del miembro afectado.

Además debe realizar correctamente las úlceras secundarias a esta patología ya que es la principal complicación de dicha enfermedad. Son necesaria las curas antes y después de la intervención quirúrgica que tiene como objetivo revascularizar la zona afecta.
La principal complicación de dicha enfermedad es la aparición de úlceras vasculares en los miembros inferiores. Requiere la realización de curas antes y después de la intervención quirúrgica que tiene como finalidad revascularizar la zona afectada. Otro punto importante de abordaje es la educación sanitaria de estos pacientes, incidiendo sobre prevención y sobre los distintos factores de riesgo que favorecen y complican su recuperación.

6 Bibliografía

1. Fukaya E, Margolis DJ. Leg ulcers. In: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I, eds.Treatment of Skin Disease: Comprehensive Therapeutic Strategies. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 120.
2. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017. Consultado el 31 de mayo de 2018 en: https://www.aeev.Net
3. Esteban MI. Plan de cuidados individual: revascularización arterial periférica. Serie Trabajos Adaptación al Grado. 2013; 5(3): p. 175-221. Consultado el 30 de mayo en: http://www.revistareduca.es.

Capítulo 32

ABORDAJE DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO

SARA VILLEGAS MENOR

ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA

1 Introducción

Las intoxicaciones agudas son producidas por el consumo de forma accidental o intencionada de sustancias conocidos como "tóxicos" que, a dosis elevadas, pueden ser perjudiciales para el organismo. Los principales fármacos involucrados son: benzodiacepinas, antidepresivos, paracetamol y ácido acetil salicílico.

Constituyen un gran problema sanitario siendo la primera causa de parada cardiaca no traumática en adultos jóvenes y, a su vez, una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Su incidencia ha aumentado en los últimos años constituyendo alrededor del 2 % de pacientes que llegan al servicio de urgencias. Su prevalencia es mayor en el sexo femenino y la gran mayoría son voluntarias (83,8 %) causadas por intentos autolíticos en pacientes con algún trastorno neurológico asociado. En adolescentes constituye el 10 % de ingresos en la unidad de cuidados intensivos.

Las intoxicaciones accidentales suelen darse en consumidores de drogas o en niños menores de 5 años. En estos últimos, la causa más frecuente es la ingestión

accidental de fármacos o productos de limpieza que tiene a su alcance. En drogadictos suelen ser por inyecciones o ingestión de determinadas sustancias como por ejemplo cocaína o heroína.

Para el diagnóstico de las intoxicaciones juega un papel importante todos los posibles espectadores que puedan detallar lo ocurrido junto con el testimonio del paciente. La clínica también puede ayudarnos a valorar qué tipo de droga ha ingerido el paciente.

Su tratamiento pasa por la estabilización del paciente hasta la limitación de absorción, eliminación del tóxico y/o la utilización de fármacos antagonistas (antídotos).

Un abordaje integral en el servicio de urgencias puede disminuir la mortalidad de estos pacientes evitando el ingreso de ahí la importancia de conocer la secuencia específica de acciones a seguir ante estos casos.

2 Objetivos

Revisar la bibliografía científica más actualizada sobre la secuencia de actuación ante una intoxicación aguda en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de agosto y septiembre de 2022 en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo y Cochrane. Se utilizaron como palabras clave "intoxicación aguda", "urgencias" y "medicamentos". Se descartaron los artículos anteriores a 2018 o cuya información no fuera relevante para nuestro capítulo.

4 Resultados

En caso de intoxicación aguda, debemos seguir los siguientes pasos:
1. Estabilización inicial: se debe seguir la secuencia A, B, C, D y E. Primero de todo se debe controlar la vía aérea y asegurar la oxigenación. Valorar intubación en casos graves. También debemos mantener la circulación. Para ello debemos tomar constantes vitales, realizar un electrocardiograma y canalizar una vía venosa periférica del mayor calibre posible por si fuera necesaria su utilización y valorar

masaje cardiaco en caso de parada. En cuanto al estado neurológico, valoramos la consciencia del paciente y la presencia de posibles efectos provocados por la intoxicación como por ejemplo las convulsiones.

2. Valoración física completa y evaluación de la historia clínica:

- Realizaremos la anamnesis con el fin de descubrir el tipo de tóxico implicado, la dosis ingerida, la vía utilizada, la hora y el lugar donde se produjo. También debemos valorar la medicación habitual del paciente, otras enfermedades comórbidas y si la paciente está o no embarazada. En caso de niños o pacientes con antecedentes autolíticos, deben tenerse en cuenta también la medicación de sus familiares. Por último, se debe evaluar antecedentes en su historia clínica. En esta parte, resulta útil la participación de familiares o espectadores que puedan aportar información útil sobre los hechos.
- Examinación completa del paciente valorando el estado de las mucosas, coloración, tamaño y orientación de las pupilas, aspecto de las secreciones, presencia o no de ruidos intestinales y el tono muscular.

3. Utilización de medidas para impedir o disminuir la absorción del tóxico. Estas pueden ser de 3 tipos: medidas oculares, dérmicas y gastrointestinales.

3.1 Oculares: consiste en irrigar los ojos del paciente durante un periodo aproximado de 15-20 min con agua o soluciones salinas derivando al paciente posteriormente a consulta de oftalmología.

3.2 Dérmicas: eliminaremos del paciente la ropa, parches o medicación transdérmica. Se debe bañar al paciente al menos 2 veces incidiendo en zonas de pliegues, uñas y pelo.

3.3 Gastrointestinales:

- Emesis provocada: se estimula la faringe del paciente con el fin de que vomite sin necesidad de otras medidas.
- Lavado digestivo: indicado cuando se han ingerido grandes cantidades del tóxico en las primeras 6 horas. Se debe poner una sonda nasogástrica al paciente y con suero fisiológico y una jeringa vamos introduciendo y aspirando contenido gástrico hasta que este tenga una coloración clara. Está totalmente contraindicada en pacientes que hayan ingerido corrosivos, hidrocarburos o que hayan sido operados recientemente.
- Utilización de carbón activado: se recomienda una única dosis en la primera hora tras la intoxicación. Resulta más eficaz que el lavado gástrico ya que el carbón activado se adhiere al tóxico. Debe diluirse con agua o alguna sustancia dulce en el caso de niños. Se administra por vía oral, aunque en casos dificultosos, puede recurrirse a la utilización de sonda nasogástrica. Está contraindicado en ingestión de hidrocarburos, cáusticos o alcoholes. Dosis elevadas provocan estreñimiento

y heces con coloración oscura.
- Uso de laxantes: suelen utilizarse para compensar los efectos adversos provocados por el carbón activado.
- Utilización de soluciones isotónicas en pacientes que precisan cirugía o a los que se les va a realizar una placa abdominal con contraste.
4. Valoración y examen de las muestras:
- Se extrae analítica, gasometría arterial y/o venosa y muestra de orina. Importante cuantificar los niveles de electrolitos, glucosa en sangre, creatinina, urea y células de la sangre.
- La realización de un examen toxicológico puede orientarnos en el diagnóstico y en el tratamiento. Las muestras analizadas son del contenido del estómago, pelo, orina, saliva o sangre.
5. Medidas para eliminar el tóxico una vez absorbido: la más usadas son la alcalinización de la orina, carbón activado y la utilización de hemodiálisis y otras medidas extracorpóreas.
6. Utilización de antídotos: producen la acción opuesta al tóxico ingerido. Resultan de gran utilidad cuando el tóxico es conocido. Utilizaremos uno u otro en función de la sustancia consumida siendo los más utilizados la Naloxona (antídoto de los opiáceos), el Flumazenil (antídoto de las benzodiacepinas) y N-Acetilcisteína (antídoto del paracetamol).

5 Discusión-Conclusión

- La incidencia de intoxicaciones agudas voluntarias está aumentando en el servicio de urgencias.
- Se debe realizar un abordaje inicial A, B, C, D y E priorizando los signos y síntomas que ponen en peligro la vida del paciente.
- La participación de familiares o espectadores que presenciaran el hecho resulta de vital importancia para la elaboración de una buena anamnesis y la orientación diagnóstica y terapéutica.
- Atendiendo al tóxico consumido, existen una serie de medidas para disminuir su absorción como por ejemplo el lavado gástrico, neutralizar su acción como es el caso de los antídotos o aumentar su eliminación como por ejemplo la hemodiálisis.

6 Bibliografía

1. Fernández-Ibáñez A, Ugalde-Herrá R, Rodríguez-Getino JÁ, García Casas JB, Díaz-Suarez JC. Epidemiología de las intoxicaciones agudas por sustancias de abuso en Urgencias. Estudio Descriptivo en el área IV de Asturias. Adicciones [Internet]. 2021; 33(1): 43-52. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32100038/.
2. Arias Villalobos LF. Peláez Echavarría D, Méndez Solís G. Manejo agudo de la intoxicación medicamentosa. Pierna Med Costa Rica [Internet] 2021 [citado el 13 de septiembre de 2022]; 381: 101-18. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152021000100101&script=sci_arttext
3. Valdivia-Infantas M. Guía de manejo general del paciente intoxicado agudo. spmi [Internet]. 4 de diciembre de 2019 [citado 13 de septiembre de 2022];20(1):29-3. Disponible en: https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/300.
4. Avau B, Borra V, Vanhove A-C, Vandekerckhove P, De Paepe P, De Buck E. First aid interventions by laypeople for acute oral poisoning. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáricas [Internet]. 19 diciembre de 2018 [citado el 13 septiembre de 2022]; 12: CD013230. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013230/full/es?contentLanguage=es.
5. Buffone I, Dejter M, Fortunatti E., García Elliot F, Irazabal C, Marlia R. Caracterización de la consulta por intoxicación medicamentosa en los adolescentes en el Hospital Municipal de Bahía Blanca, Buenos Aires. Archivos argentinos de pediatría [Internet]. 2018 [citado el 13 septiembre de 2022]; 116 (4): 279-282. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a16.pdf.

Capítulo 33

LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

ABDELOUAHED AMAL AMANE

. .

ELENA SANCHO MUÑOZ

. .

RAQUEL CASTILLO MARTIN

1 Introducción

Se puede decir que se está produciendo una hemorragia digestiva cuando se está perdiendo sangre a lo largo del tubo digestivo. Esta pérdida de sangre, en función de la duración de su evolución se puede clasificar en aguda o crónica dependiendo por una parte del tiempo en el que se ha estado perdiendo sangre como la cantidad de sangre que se ha perdido. Podemos clasificar dos tipos de hemorragia, una es la hemorragia digestiva alta y la otra la baja. Las hemorragias altas, podemos decir que son aquellas que su origen está en los siguientes órganos:
-el estómago, el duodeno y el esófago.
Las hemorragias bajas son las que se producen en los órganos como el intestino delgado y en el colon.

Se puede decir que su sintomatología y diagnóstico es claro, pero es más difícil saber su origen y quien lo causa.
Estas hemorragias tienen una tasa de mortalidad que esta entre un 5 y un 20%. Esta variación se debe a que varía en función de la edad del paciente, la cantidad de sangre que se pierde y otras patologías.
La hemorragia digestiva alta se manifiesta en la persona que lo padece de dos formas. Una es en forma de hematemesis, que es cuando tiene vómito en sangre roja, y la otra es en forma de melenas, que es una deposición negra.

2 Objetivos

Explicar en que consiste una hemorragia digestiva alta desde el punto de vista del personal de enfermeria. clasificar los tipos de hemorrágia digestiva que nos podemos encontrar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

El síntoma más evidente de la hemorragia digestiva es ver sangre fresca o a modo de melenas a la hora que se va hacer de vientre. Llamamos melenas a un tipo de deposición que está formada por sangre digerida y que tiene un aspecto pastoso y un olor como a carne podrida.
Se puede decir que cuando la sangre es fresca de color rojo brillante y que no tiene olor, el origen de esa hemorragia está cercano a ano.
Por otra parte, cuando se produce una hemorragia digestiva alta, se suele expulsar por la boca a través del vómito.
Otro síntoma que es frecuente en las hemorragias digestivas es sentir ruidos intestinales y sentir también como una flojera que es provocada al sufrir una bajada de tensión arterial de forma brusca.

Estas hemorragias provocan taquicardia, sudoración en frío, mareo, pérdida de la conciencia y shock. Si la hemorragia no es tratada de urgencia, pude provocar la muerte.
Existen varias causas de la hemorragia digestiva alta. Nombrándola de mayor a menor frecuencia, son las siguientes: la úlcera gástrica o duodenal, las varices esofagogástricas, lesiones en la capa que recubre el estómago, una inflamación del esófago, una hernia de hiato, cánceres, etc.
Para diagnosticar estas hemorragias, cuando se produce en alguna zona del tubo digestivo, es posible mediante una gastroscopia o la colonoscopia.
Cuando a través de la gastroscopia o colonoscopia no se puede obtener el origen del sangrado, es necesario realizar una exploración de todo el intestino delgado a través de la cápsula endoscopia.
Para tratar una hemorragia digestiva, si esta es aguda, hay que hacer lo siguiente:
- Colocarle al paciente un gotero a través del cual le podamos administrar suero o sangre en el caso de que haya perdido mucha y sea necesario reponérsela.
- Estabilizar al paciente en la medida de lo posible.
- Realizarle una endoscopia.
- Una vez que se localiza el origen de la hemorragia, hay que tratarla con métodos endoscópicos.
- Administrar por vena fármacos que impiden que el estómago fabrique ácido.

5 Discusión-Conclusión

Es importante decir, que una hemorragia gastrointestinal no es una enfermedad, sino que es el síntoma de una enfermedad. Como hemos podido, existen muchas causas que provocan estas hemorragias. Las más importantes y que aparecen con mayor frecuencia son la úlcera gástrica o duodenal, las varices esofagogástricas, lesiones en la capa que cubre el estómago, una inflamación del esófago, etc.
Por otra parte, también hemos visto las pruebas que más se emplean para su diagnóstico que son la gastroscopia y la colonoscopia.
Entre las funciones que tiene el personal de enfermería, cabe destacar la estabilización del paciente antes de que se diagnostique el tipo de hemorragia que tiene.

6 Bibliografía

1. Diaz C, et al. Hemorragia Digestiva. En: Acedo, Barrios, Díaz, Orche, Sanz, ed. Manual de Diagnóstico y Terapeútica Médica del Hospital Universitario 12

deOctubre, 4ª ed. Madrid.
2. Pérez, J. P. R., Fuentes, H. A. S., Zaldívar, Y. N., Ayala, N. B., & Peregrín, D. J. G. (2018). Incidencia de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Banes 2013-2017. 16 de Abril, 57(269), 151-156.

Capítulo 34

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS QUEMADURA CON CLORHEXIDINA EN PREMATURO EXTREMO DE 25 SEMANAS DE GESTACIÓN

MARÍA BOLÍVAR LOMAS

PATRICIA ROMERO ARRIAGA

CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS

1 Introducción

Se considera prematuro un niño que nace antes de las 37 semanas de gestación. A su vez los prematuros se dividen en subcategorías dependiendo de la edad gestacional. Estos son: prematuros extremos, los que nacen antes de las 28 semanas de gestación; los muy prematuros, nacidos entre la semana 28 a la semana 32 de gestación; y los prematuros tardíos, nacidos a partir de las 33 semanas de gestación hasta las 37 semanas de gestación.

Los prematuros tienen problemas específicos (problemas respiratorios, cerebrales, de alimentación, de audición, de la piel, etc), ya que el crecimiento y desarrollo de los órganos se produce en los últimos meses del embarazo, por lo que cuando estos prematuros nacen, necesitan unos cuidados específicos en unidades de cuidados intensivos neonatales hasta que sus órganos se desarrollen y puedan vivir sin ayuda ninguna.

Uno de los problemas más importantes en cuanto al riesgo de infecciones es la colocación de catéteres, por lo que la elección de un antiséptico adecuado para la

desinfección de la piel de estos pacientes es muy importante, para evitar así las infecciones. Además, es importante destacar que el uso del antiséptico adecuado disminuirá el riesgo de quemaduras en la piel.
Aunque no existe evidencia científica de la toxicidad en la piel, en el sistema nervioso o en la absorción en el torrente sanguíneo de los desinfectantes, en las unidades de cuidados intensivos neonatales, consideran que hay que utilizar el gluconato de clorhexidina (en concreto la concentración al 0.2%) en lugar de otros antisépticos como la povidona yodada y el alcohol.

2 Objetivos

Identificar conocimientos acerca del uso de clorhexidina en neonatos menores de 28 semanas de gestación, para así establecer un plan de prevención en las unidades de cuidados intensivos neonatales, llevando a cabo cuidados de enfermería óptimos, pudiendo mejorar la calidad de vida del paciente.

3 Caso clínico

Neonato de 25 semanas de gestación, ingresado en unidad de cuidados intensivos neonatales tras su nacimiento. Se realiza protocolo de acogida de la unidad, se intuba y se conecta a respirador, se monitoriza frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación, frecuencia respiratoria, temperatura del neonato, temperatura y humedad de la incubadora y parámetros respiratorios.
Se canaliza vía venosa periférica en miembro inferior derecho, de calibre 22G. Una vez estabilizado el neonato, se decide canalizar una vía venosa central, que es este caso será umbilical, ya que son las vías de primera elección en recién nacidos críticos. Este tipo de catéter suele ser tolerado por este tipo de pacientes, reduciendo así la necesidad de colocar otro tipo de catéteres y en otros lugares.
Este procedimiento lo realizó el equipo médico con ayuda del equipo de enfermería. Es muy importante que se realice una técnica. Previamente se prepara todo el material antes de comenzar con la técnica, después, el equipo realiza un lavado de manos estéril y se colocan el equipo estéril. Se desinfectó la zona del abdomen con clorhexidina alcohólica al 2%, dejando una gasa impregnada durante 3 minutos y se realizó la técnica con éxito.
Tras pasar 24 horas de la inserción del catéter, en la piel, alrededor de la vía venosa central umbilical se observó una herida con una gran superficie con respecto a la superficie corporal del neonato, ocupando gran parte del abdomen.

Se concluyó que era una quemadura debido a la clorhexidina a alta concentración. En neonatos menores de 28 semanas de gestación, se debe utilizar clorhexidina alcohólica al 0.25%.
Se realizaron curas por el equipo de enfermería con suero salino fisiológico al 0.9% tres veces al día, dejando la zona tapada con gasas impregnadas en vaselina, además de profilaxis antibiótica, al cabo de 2 semanas curó la herida.



4 Discusión-Conclusión

Los niños prematuros extremos, nacen con problemas específicos debido a que sus órganos no se han desarrollado correctamente, ya que han nacido antes de lo previsto. Por lo tanto, necesitan cuidados específicos de la piel.
En las unidades de cuidados intensivos neonatales se realizan cuidados específicos, pero no siempre existe evidencia científica de algunos de los cuidados. Por lo tanto, para prevenir daños en grandes prematuros la evidencia científica recomienda desinfectar la piel con el uso de gluconato de clorhexidina concentrada al 0.2% para reducir así las lesiones de la piel, sin repercutir en el riesgo de infecciones en el torrente sanguíneo.

5 Bibliografía

1. Vargas C. La elección del antiséptico en las Unidades de Neonatología: un camino sin marcas. Rev Enferm Neo. [Internet] 2018 [citado 14 sept 2022]; 28 (1): p. 4-11. https://drive.google.com/file/d/1hsobevJQql6thSUPQ4rcUpY8vKyNlgRq/view

2. Hawes JA, Lee KS. Reduction in Central Line-Associated Bloodstream Infections in a NICU: Practical Lessons for Its Achievement and Sustainability. Neonatal Netw. 2018; 37 (2): p. 105-115.

3. Ramasethu, J. Prevention and treatment of neonatal nosocomial infections. Matern Health Neonatol Perinatol. 2017; 13 (1): p. 3-5.

4. Esmorís L. Skin care for preterm babies. Metas enferm. [Internet] 2017 [citado 16 sept 2022]; 20 (9): p. 15-24. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-168761

5. Janssen LMA, Tostmann A, Hopman J, Liem KD. El acetato de clorhexidina al 0,2% como desinfectante de la piel previene las lesiones cutáneas en los recién nacidos extremadamente prematuros: un informe preliminar. Arch Dis Niño Fetal Neonatal. [Internet] 2017 [citado 16 sept 2022]; 103 (2): p. 97-100. DOI 10.1136/archdischild-2017-312694.

6. Kusar A, Han AM, Virgen CA. Revisión y recomendaciones sobre el cuidado de la piel de los neonatos prematuros. Pediatr Dermatol. [Internet] 2019 [citado 16 sept 2022]; 36 (1): p.16-23. https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=101370.

Capítulo 35

ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE ALEXANDER

ÁNGEL SAERA SERRANO

ÁNGELA CAMPO LÓPEZ

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

ELENA PEINADO TERCERO

1 Introducción

La enfermedad de Alexander, distrofia fibrinoide o distrofia mieloproliferativa megaloblástica, es una enfermedad metabólica, progresiva y neurológica muy rara, generalmente genética, causada por anomalías celulares de las células estrella. este una enfermedad neurodegenerativa, que incluye dos formas clínicas: Los tipos I y II según Alexander, que se presentan con diversos grados de ataxia, dolor de cabeza, convulsiones y espasticidad, conducen a la regresión psicomotora y muerte. Pertenece a la distrofia leucémica, aunque la desmielinización es secundaria y
Probablemente no sea genético. La enfermedad lleva el nombre del patólogo de Nueva Zelanda William Stuart Alexander, quien describió el síndrome en 1949. con Dorothy Russell, profesora del London Hospital. 95% del tiempo
La enfermedad de Alexander es una enfermedad genética autosómica. dominante, causada por mutaciones en el gen de la proteína ácida glial

(PAFG). Este gen codifica una proteína intermedia filamentosa básica. células estelares. La enfermedad es más común en mujeres y hasta 2005, solo se habían informado 57 casos. descrito y 500 casos desde su descripción en 1949. Es probable que la enfermedad de Alexander tipo I tenga un inicio más temprano y una supervivencia más prolongada. corto (promedio de 14 años), mientras que el tipo II puede aparecer a lo largo vivir y tener una esperanza de vida más larga (promedio de 25 años)

2 Objetivos

- Saber identificar las causas, los síntomas así como se da esta enfermedad.
- Identificar el rol de enfermería en la enfermedad de Alexander.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermedad de Alexander se caracteriza por el aplazamiento y la formación de
Órganos patológicos, llamados fibras de Rosenthal, en astrocitos. Este
Las fibras generalmente se forman alrededor de los vasos sanguíneos y en superficie cerebral. Los síntomas de la enfermedad varían dependiendo de la si pertenecen al primer o segundo grupo. La enfermedad de Alexander tipo 1 se presenta como un retraso en el desarrollo. en los niños, encefalopatía y epilepsia, hay una imagen infantil. La enfermedad de Alexander tipo 2 se manifiesta automáticamente y motor. Estos pueden incluir: disfagia, ataxia, trastornos gastrointestinales, parálisis espástica y disfagia. Tiene un progreso más lento y puede no mostrar signos de empeoramiento. mucha información El diagnóstico diferencial, ya que la mayoría de las características también pueden estar presentes en otras enfermedades metabólicas degenerativas o desmielinizantes como enfermedad de Leber-Zellweger, esclerosis múltiple, enfermedad de Leigh, distrofia muscular

congénita, síndrome de Sjögren-Larso, rizomatosis o diversas encefalitis adquiridas, esto sería una biopsia cerebral detectar la presencia de fibras de Rosenthal. A veces, esto solo se hace durante una autopsia. En marzo de 2001, la neurocientífica Margot Van de Knaap y su equipo fundaron algunos criterios confirman la presencia de la enfermedad con una alta tasa. Cuatro de los siguientes criterios darían un diagnóstico positivo:

- irregularidades de los giros de la base y el tálamo, incluyendo una colina intensidad y convexidad de la señal. - Mejorar el contraste en una de las siguientes estructuras: periventricular, unión del nervio óptico, límite ventricular, tálamo, estructura cerebral, ganglios basales y núcleo de la dentadura. - Presencia de borde periventricular en imágenes potenciadas en T2. - anomalías del tronco encefálico, incluida la sección media y la médula espinal. Presencia de anomalías generalizadas en la sustancia blanca. Algunas formas de atención de enfermería para esta afección:

- En caso de violación física: ayudar al traslado del paciente al hospital. colaborar con otros expertos si es necesario para programa de actividad conjunta, ayudando al paciente a obtener una postura óptima para facilitar la movilidad, proporcionando información sobre presencia de dispositivos de asistencia y evitación de objetos desordenados en el piso. - Para disfagia: alimentar lentamente, colocar a la víctima en posición cómoda y no distrae al paciente al tragar.
- Si hay trastornos gastrointestinales, los pacientes y los cuidadores pueden necesitar muestras

Comunicación diferente: usa la pizarra con el alfabeto, escribe a mano lo que quieras hablar o usar gestos con las manos. En caso de convulsión: coloque a la víctima sobre una superficie firme y estable.

Para evitar lesiones, asegúrese de que las vías respiratorias estén abiertas, retire ropa ajustada que dificulte la respiración, proteja al paciente de posibles lesiones y

Escriba los signos de una crisis. - Para hidrocefalia: controle a los niños periódicamente, muévase con frecuencia, controle los signos de aumento de la PIC, controle los signos de infección, controle el líquido se traga con fuerza y se excreta, midiendo la circunferencia diariamente encefalitis y proporcionar comidas frecuentes y pequeñas.

5 Discusión-Conclusión

No existe tratamiento de la enfermedad de Alexander, solo tratamiento paliativo. La enfermedad progresa hasta un desenlace mortal en la mayor parte de los casos.

El tratamiento de la enfermedad precisa de un equipo multidisciplinar. El personal de enfermería debe desarrollar conocimientos y habilidades que le permitan actuar con eficacia y rapidez en la valoración, planteamiento e implantación de los cuidados necesarios para limitar el daño presente, evitar el riesgo de complicaciones y recuperar en lo posible las funciones perdidas.
Se trata de un proceso continuo de cuidados y evolución permanente, con la posibilidad de modificar y evitar las intervenciones que no llevan a la consecución del equilibrio buscado.

6 Bibliografía

1. Singh N,Bixby C,Etienne D,ubbs RS,Lovicas M.Alexander's disease:reassessment of a neonatal form.Childs New syst 2012,28(12):2029-31.
2. Messing A,La pash daniels CM,Magewann L.Strategies for treatment in Alexander disease.Neurotherapeuticis 2010;7(4):507-15.
3. Yushida ,Nakaga M.Clinical Aspects and pathology of Alexander disease,and morphological and funcional alteratia of satrocytes induced by gfap mutation.Neuropathology 2012;32(4):440-6.

Capítulo 36

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA EPISTAXIS

ÁNGEL SAERA SERRANO

ÁNGELA CAMPO LÓPEZ

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

ELENA PEINADO TERCERO

1 Introducción

La epistaxis o hemorragia nasal es aquella hemorragia con origen en las fosas nasales que puede ser debida a múltiples causas, tales como traumatismos nasales, desviaciones y malformaciones del tabique nasal, exposición a sustancias y humos de alta concentración que irriten la mucosa, hipertensión severa, uso de anticoagulantes, rinitis alérgica, resfriados, sequedad de la mucosa nasal.
Existen dos tipos de epistaxis:
- Anterior, en el caso de que el sangrado ocurra en la mucosa de la región anterior del tabique nasal y el derrame se puede dar por una o las dos fosas nasales.
- Posterior, si el derrame de sangre se da a través de la faringe.

En la mayor parte de los casos la hemorragia nasal o epistaxis tiene su origen el tabique nasal que separa las cámaras nasales, ya que este está revestido por frágiles vasos sanguíneos que se pueden romper con mucha facilidad.

En la mayoría de los casos su duración es corta y suele detenerse de forma espontánea y con facilidad. Pero en otros casos, cuando el sangrado no cesa, es necesaria la intervención del profesional sanitario que aplicará diversas técnicas para su control. Incluso puede ser necesaria la intervención de un especialista médico si el caso reviste gravedad.

2 Objetivos

Describir los cuidados que el profesional de enfermería debe aplicar a un paciente que presenta una epistaxis o hemorragia nasal.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed y Scielo. Se ha procedido también a la revisión de diversas y múltiples publicaciones y revistas de carácter científico.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería ante un paciente con epistaxis son:
- En primer lugar, tranquilizar al paciente. Se intentará a través de la anamnesis saber cuál es la causa que ha originado el sangrado.
- Explicarle al paciente el procedimiento que vamos a realizar.
- Colocar al paciente sentado con la cabeza inclinada hacia delante y la boca abierta para evitar que la sangre vaya hacia la faringe y no deglutirla.
- Recomendar al paciente que limpie ambas fosas nasales de posibles mucosidades o coágulos.
- Se procederá a tapar el orificio nasal sangrante con una mecha de gasa impregnada de agua oxigenada.
- Aplicar presión sobre las alas nasales durante unos minutos.
- Si el sangrado persiste se puede introducir una tira de gasa orillada impregnada con vaselina o pomada antibiótica con ayuda de unas pinzas, dejando un cabo fuera de la fosa nasal.
- El taponamiento se debe de dejar al menos 24-48 horas para asegurarse que sea efectivo.

- En ocasiones se requiere cauterización directa de la zona de sangrado siempre que esta se visualice. Se hará, por ejemplo, con nitrato de plata. Previamente se puede anestesiar la zona con lidocaína tópica para evitar molestias.
- Hay pacientes que requieren un taponamiento posterior usando entonces una sonda con dos balones hinchables. Esta se colocará en el fondo de la fosa nasal. A continuación se llena el balón posterior con suero fisiológico y luego el balón anterior.
- Se debe aconsejar que el paciente no se debe exponerse a fuentes de calor. Tampoco debe tocarse o sonarse la nariz y debe de evitar realizar esfuerzos. Si no lleva a cabo estos consejos puede correr el riesgo de que no se logre controlar el sangrado.
- Vigilar constantes vitales, principalmente la tensión arterial.

5 Discusión-Conclusión

La epistaxis es un signo clínico que se da con bastante frecuencia, con una prevalencia en la población de entre el 10-12%. La incidencia varía con la edad, siendo mayor entre 15-25 años y 45-65 años. Aunque por lo general es un proceso de poca importancia, en ocasiones puede ser un signo de un proceso grave no diagnosticado. Además, para el paciente es un motivo de alarma, temor y ansiedad. Por todo ello, es de vital importancia el papel del profesional sanitario a la hora de actuar con rapidez en el tratamiento de la epistaxis, así como la investigación de su etiología, evitándose así posibles complicaciones graves como la hipotensión o shock hipovolémico. La educación sanitaria al paciente y su familia hace que disminuya el estrés y la ansiedad y potencia el autocuidado.

6 Bibliografía

1. Gluckman W, Barricella R, Quraishi H, Lamba S. Epistaxis. 2008.
2. Hernández V.M, Hernández A.C, Bergeret V.J. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuadernos de Cirugía. 2008.
3. Kucik C.J, Clenney T. Management of Epistaxis. American Family Physicion. 2005.71:305-11.
4. Moreno Rjadle R.E, Figueroa Hernández A.J, Díaz González A. Epistaxis. Consideraciones sobre aspectos clínicos y terapéuticos en la atención primaria de Salud Cienfuegos. Rev. Cubana. Med Gen Integr. 2003.
5. Bases de datos: Scielo y Pubmed.

Capítulo 37

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA

MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA

LUCÍA LUNA LASTRES

1 Introducción

La diabetes mellitus puede provocar descompensaciones metabólicas, entre las que se encuentra la cetoacidosis diabética. Esta descompensación es una urgencia a tratar y se caracteriza por:
- Hiperglucemia >250 mg/dl y glucosuria >300 mg/dl.
- Acidosis metabólica con pH <7,3 o bicarbonato <15 mmol/L.
- Deshidratación.

Esta complicación grave de la diabetes es debida a la disminución de insulina y a una elevación de las hormonas contrarreguladoras, que son el glucagón, adrenalina, cortisol y hormona del crecimiento. Por otra parte, dicha descompensación conlleva un incremento de la producción renal y hepática de glucosa, además del uso irregular de glucosa en los tejidos periféricos, provocando una hiperglucemia.
Simultáneamente, se liberan ácidos grasos al torrente sanguíneo, se lleva a cabo la oxidación de los cuerpos cetónicos y termina provocando una cetonemia y acidosis metabólica.

La clínica de la cetoacidosis diabética consta de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia), acidosis (dolor abdominal, hiperventilación) y deshidratación (mucosas secas, piel poco turgente, ausencia de lágrimas y pobre perfusión).

Asimismo, frecuentemente a las personas con cetoacidosis diabética les aparece un olor característico del aliento, concretamente un olor dulce, debido a la cetosis provocada.

También puede aparecer sed extrema, nauseas, vómito, taquicardia, hipotensión arterial, deshidratación, debilidad, anorexia, hiperventilación (respiración de kussmaul), alteraciones visuales, hipotermia, somnolencia, hiporreflexia y disminución del estado de conciencia.

La cetoacidosis diabética se clasifica dependiendo de la gravedad de la acidosis en:
-Leve: pH <7,3 y bicarbonato <15 mmol/L.
-Moderada: pH <7,2 y bicarbonato <10 mmol/L.
-Grave: pH <7,1 y bicarbonato <5 mmol/L.

La incidencia de esta descompensación diabética varía entre 4,6 y 8 sucesos por cada 1000 personas cada año, de entre todos los pacientes con diabetes mellitus.

2 Objetivos

- Profundizar en el conocimiento de la cetoacidosis diabética.
- Identificar y exponer los tratamientos que son eficaces frente a este problema clínico.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía respecto a la cetoacidosis diabética. La búsqueda se ha realizado en bases de datos nacionales e internacionales, así como en Google Académico. Las bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, CINAHL, Scielo, Cuiden Plus, Cochrane y Medline.

Las palabras clave que se han empleado son: cetoacidosis diabética, complicaciones, tratamientos, causas, incidencia, diabetic ketoacidosis, treatment, y epidemiology. Con estas palabras clave hemos formado distintas cadenas de búsqueda en las bases de datos.

4 Resultados

Lo primero que se debe realizar cuando un paciente se encuentra en esta situación, es encontrar un acceso vascular para administrar líquidos, insulina, electrolitos, otros fármacos, e incluso también para toma de muestras. El tratamiento con líquidos intravenosos tiene como objetivo expandir el volumen intravascular y extravascular, y la recuperación de la perfusión renal. Hay que extremar la precaución debido al riesgo de edema cerebral relacionado con la administración rápida de líquidos intravenosos.
Es cierto que la reposición solamente de líquidos, puede reducir la glucosa sérica hasta un 23 %, pues aumenta la perfusión renal y con ello, la pérdida de glucosa en orina.

Cuando la concentración de glucosa en sangre es menor de 250 mg/dl, debemos iniciar la terapia con suero glucosado al 5% más cloruro de potasio y cloruro de sodio. Aunque la glucosa disminuya rápidamente, no se debe suspender ni disminuir la terapia con insulina, sino que hay que incrementar el flujo de glucosa administrada.

El tratamiento de elección es la insulina regular intravenosa en infusión continua, aunque no debe empezarse hasta que la hipovolemia haya sido corregida y el K+ sea mayor que 3,3 mEq/L.

También debemos proteger la vía aérea cuando el paciente sufre alteración del estado de conciencia y comenzar con oxigenoterapia en pacientes con insuficiencia circulatoria o shock.

Por otro lado, es importante también monitorizar la actividad eléctrica cardiaca para identificar cualquier alteración como consecuencia de la hiperkalemia o hipokalemia.
Se ha demostrado que el uso rutinario de bicarbonato está relacionado con el aumento de riesgo de edema cerebral, hipokalemia, acidosis paradójica en el sistema nervioso central, aumento de la carga de sodio e hiperosmolaridad. El bicarbonato está indicado únicamente cuando la acidosis es severa (pH arterial <6.9) y afecta gravemente el funcionamiento cardiaco, y cuando la hiperkalemia también es severa y hay presencia de cambios electrocardiográficos. El potasio es el electrolito que más se pierde en la cetoacidosis y hay que tener presente que la hipokalemia es la situación electrolítica que más puede poner en peligro la vida, generando arritmias cardiacas y debilidad en músculos respiratorios. Por todo ello, se debe reponer los niveles de K por encima de 3,3 mEq/L incluso antes de

comenzar la terapia con insulina. Tras ello, se deben mantener dichos niveles entre 4 y 5 mEq/L.

Por su parte, determinados estudios prospectivos no han demostrado que la sustitución de fosfato aporte beneficios clínicos. Incluso la administración de este elemento, puede provocar hipocalcemia.
El tiempo más aconsejable para cambiar la insulina endovenosa a subcutánea, es previamente a una comida principal, siendo la ideal la primera comida de la mañana, evitando hacer este cambio durante la noche. Es importante continuar con la insulina endovenosa hasta 1-2 horas después de comenzar con insulina subcutánea, para asegurar adecuados niveles plasmáticos de insulina.

De manera resumida, el tratamiento de la cetoacidosis diabética consta de: hidratación, administración de insulina endovenosa con una bomba de infusión y la reposición de potasio.
De forma más concreta, los casos leves de cetoacidosis diabética, pueden ser tratados solamente con la reposición oral de líquidos. Por otro lado, los casos moderados necesitan terapia con líquidos intravenosos para prevenir el aumento de la deshidratación y acidosis. Se puede tratar en urgencias y en principio, no se requiere de hospitalización prolongada. Cuando la cetoacidosis es grave, el paciente necesita ser hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos con monitorización continua. La acidosis severa se puede revertir con la administración de líquidos e insulina. La insulina minimiza la producción de cuerpos cetónicos y hace que los cetoácidos se metabolicen, generando bicarbonato. Además, el tratamiento de la hipovolemia mejora la perfusión renal y por lo tanto, la excreción de ácidos orgánicos.

El éxito del tratamiento de la cetoacidosis diabética pasa por los siguientes pasos:
- Reponer el volumen circulatorio y la perfusión tisular.
- Reducir la concentración sérica de glucosa y la osmolaridad del plasma hasta valores dentro del rango normal.
- Recuperar la tasa de filtración glomerular.
- Restaurar el desequilibrio electrolítico.
- Identificar y corregir la causa que ha provocado la cetoacidosis diabética.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber llevado a cabo una revisión bibliográfica en relación a la cetoacidosis diabética respecto a nuestros objetivos, se pueden llegar a las siguientes conclu-

siones.

La cetoacidosis diabética es una complicación aguda de la diabetes mellitus, cuyo abordaje debe ser urgente, pues pone en riesgo la vida de la persona. Dicha afección es diagnosticada a raíz de la manifestación de una clínica concreta, siendo objetivable con pruebas sanguíneas.

Respecto al tratamiento de la cetoacidosis diabética, éste consiste en la administración de líquidos intravenosos, empezando con suero fisiológico y cambiado a suero glucosado al 5% cuando la glucemia es menor que 250 mg/dl. Por otra parte, se administra insulina regular intravenosa y también es necesario restaurar el equilibrio electrolítico, reponiendo los niveles de potasio.

6 Bibliografía

1. Gilligan, T., & Hirschler, V. (2009). Actualización de Cetoacidosis diabética. Intra Med, 1-12.
2. Hernández-Ruiz, E. A., Castrillón-Estrada, J. A., Acosta-Vélez, J. G., & Castrillón-Estrada, D. F. (2008). Diabetes Mellitus en el servicio de urgencias: manejo de las complicaciones agudas en adultos. Revista Salud Uninorte, 24(2), 273-293.
3. Céspedes, C., & Bustos, C. (2008). Manejo de la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes. Endocrinologia y Nutricion, 55(7), 289-296.
4. Novik, V., Valenzuela, M. J., & Acuña, M. (2009). Cetoacidosis diabética en adultos. Causas y su manejo en un hospital regional. Endocrinología y Diabetes, 210.
5. Marini, M. R. R. (2011). Actualización en el manejo de la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar hiperglucémico en adultos. Rev Med Hondur, 79(2).
6. Blanco, C. F., Anzoátegui, R., de Souza Espínola, C., & Rolón, M. A. (2013). Consenso de diagnóstico y Tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes. Pediatría (Asunción), 38(2), 130-137.
7. Castañeda, S. M. Q., Rojas, V. C. M., & Arenas, G. L. P. (2013). Cetoacidosis diabética en población pediátrica. Protocolo de manejo. Revista Salud UIS, 45(2).

Capítulo 38

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA LAPAROSCOPIA BARIÁTRICA

ÁNGEL SAERA SERRANO

ÁNGELA CAMPO LÓPEZ

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

ELENA PEINADO TERCERO

1 Introducción

En este capitulo vamos a enfocarnos y a explicar la cirugía laparoscópica bariátrica, se emplea en personas con obesidad severa, también conocida como obesidad mórbida, con un IMC mayor o igual de 35 o si tiene sobrepeso de por lo menos 50 kilogramos sobre su peso ideal, a las cuales les han fallado otras alternativas no invasivas como modificación de dieta, medicación específica, terapia de ejercicio, etc. y no son capaces de bajar de peso por ellos mismos.
La demanda de esta intervención quirúrgica está aumentando considerablemente en los últimos años debido al aumento de comidas no saludables como la comida rápida y la precocinada, calorías líquidas como las bebidas gaseosas o alcohólicas que lo único que hacen es aumentar las calorías sin ningún tipo de nutrición, y

por último la vida sedentaria por lo que se consumen más calorías de las que se gastan.
Como se ha comentado anteriormente, la cirugía laparoscópica para la obesidad es para personas cuyo sobrepeso es severo. En la laparoscopia se usa una especie de telescopio (laparoscopio) especializado a fin de visualizar el interior del estómago, lo cual permite que se hagan incisiones abdominales mucho más pequeñas que la laparotomía donde la incisión es transversal.

2 Objetivos

- Mostrar la necesidad de elaborar un protocolo de actuación para unificar los criterios de actuación por parte del personal de enfermería en los pacientes sometidos a esta intervención laparoscópica para intentar evitar infecciones y otras posibles complicaciones derivadas de este tipo de cirugía.
- Determinar la importancia de evitar complicaciones con la estandarización de la metodología en la preparación del campo quirúrgico, el material necesario, el proceso anestésico y la instrumentalización.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica hemos realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado algún manual práctico en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con el protocolo estandarizado y unificado lo que se consigue es facilitar la actividad de la labor enfermera en este tipo de intervenciones quirúrgicas.
Los cuidados enfermeros en el paciente con obesidad mórbida se realizan antes, durante y después de la cirugía bariátrica y en todas las esferas vitales. A menudo el área psicosocial queda en segundo plano, la empatía es clave para mantener una buena relación enfermero/a-paciente y conseguir su confort emocional.
Con los protocolos se aumenta la seguridad en todos los aspectos tanto del paciente como del personal de enfermería y la calidad asistencial de los cuidados,

siendo este último punto clave en este proceso de actuación del personal de enfermería quirúrgica.

El protocolo de actuación de las enfermeras que hablo en los objetivos es:

1. Enfermera circulante (no estéril):

- Recibir al paciente y ayuda en la colocación en la mesa quirúrgica, así como hacer el check list y comprobar todos sus datos.
- Comprobar que el paciente traiga la vía venosa correcta y correctamente colocada en el brazo necesario.
- Ayuda en la preparación y colocación de la mesa de instrumentalización.
- Comprobar que funcione correctamente la torre de laparoscopia, así como todos los monitores y aparataje.
- Ayuda para vestir con las batas estériles tanto a el/los cirujanos como la enfermera instrumentista.
- Preparar la anestesia según indicaciones del anestesista, así como su administración.
- Ayudar en la intubación al paciente.
- Colocación de SNG y/o SV o cualquier otra técnica que se precise, así como desinfectar la zona, en este caso el abdomen.
- Recoger, etiquetar y mandar las muestras en caso que las hubiera o hubiese.
- Estar pendiente de las necesidades de la enfermera instrumentista, anestesista, cirujano/s y paciente.
- Introducir todos los datos en el ordenador.
- Ayudar en la extubación del paciente.

2. Enfermera instrumentista (estéril):

- Debe conocer la intervención que se va a realizar así como el instrumental necesario.
- Lavarse las manos y antebrazos
- Colocación de bata y guantes estériles con la ayuda de enfermera circulante.

3. Comprobar que todo el material e instrumental está correcto. Debe contar todas las gasas y compresas incluso si es una laparoscopia.

- Instrumentar: facilitarle al cirujano todo el instrumental que precise, así como gasas y compresas. En ciertas ocasiones esta enfermera actúa de forma activa en la intervención.
- Finalmente limpieza cura de heridas en zona de incisiones y colocación de apósitos necesarios.

5 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería, al igual que en todas las intervenciones quirúrgicas, es imprescindible, pues es quien prepara el campo quirúrgico, acondiciona el quirófano del material necesario y colocarlo en su lugar. Así mismo, también mantiene en todo momento la asepsia tanto del material como del personal, vigilando que todo se realice de la mejor manera posible en cuanto a asepsia se refiere. Por último el papel más importante de enfermería es la recepción al quirófano y acompañamiento del paciente, tranquilizarlo y comprobar sus datos.

La cirugía laparoscopia bariátrica es la técnica de elección en estos momentos para el tratamiento de la obesidad mórbida en pacientes que no son capaces de bajar de peso por sus propios medios, por ello es imprescindible tener protocolos estandarizados de actuación enfermería para evitar todo tipo de complicaciones, tanto pre, como peri y post quirúrgicas.

Así mismo, en este protocolo de actuación de enfermería, queda reflejado todo por escrito, se mejora el cuidado y la atención en todas las esferas al paciente en quirófano, se evitan posibles complicaciones. De esta manera se aumenta la seguridad a todos los niveles tanto del paciente como del personal de enfermería y la calidad asistencial del paciente.

6 Bibliografía

1. Manual de enfermería quirúrgica CTO: Tomo;4ed. Madrid: Mc-Graw-HillInteramericana;2007; p. 125-130.

2. Sandon,C Atlas de cirugía del aparato digestivo;2ed;Madrid:Panamericana;2016. Tomo 2, p. 722-723.

3. López Orvala,JA;Guzmán Cordero,F. Artículo original en cirugía endoscópica. Mediagraphic.2008,9: p. 165-169.

4. Serra Guillén,I. Manual práctico de instrumentalización quirúrgica en enfermería;2ed. Barcelona:Ed. Elsevier,2016, p. 285-300

Capítulo 39

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD DERMATOLÓGICOS DE PSORIASIS

MARIA ALAMO OJEDA

BIANCA GABRIELA ALEXANDRU

VIRGINIA COLINO GÓMEZ

ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS

OLGA CASTRO CARRETERO

1 Introducción

La psoriasis es una enfermedad autoinmune inflamatoria y crónica que provoca exacerbaciones recurrentes que alternan con períodos de remisión. Estas fases pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses. Su etiología es desconocida, aunque existe una predisposición genética, al igual que factores como el estrés, el consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco) y ciertos medicamentos. Puede aparecer a cualquier edad, pero suele manifestarse en dos picos: 20-30 años y 50-60 años. Existen algunos métodos para clasificar la psoriasis en función de su patología.
El área de la piel se ve afectada y la gravedad de los síntomas clínicos, excepto algunas clínicas de psoriasis. El rendimiento más común es la psoriasis vulgar,

que se manifiesta por las hojas especificadas cubiertas de distribución simétrica blanca o plateada. La forma más común de psoriasis es el llamado tipo de placa, siendo los sitios más comunes los codos, las rodillas, los pliegues de las nalgas y el cuero cabelludo. Por esta razón, la psoriasis tiene un impacto emocional significativo en la calidad y el estilo de vida. No existe un tratamiento específico para la psoriasis, por lo que el objetivo principal es mantener la enfermedad bajo control (propagación de episodios de remisión) mediante el tratamiento individual de cada paciente.

2 Objetivos

Mostrar a partir de un caso clínico las principales características de la psoriasis por parte dele quipo de enfermeria de los centros hospitalarios.

3 Caso clínico

Mujer de 39 -Takioar -Cold, casada y tiene dos hijos de 10 y 12 años, ama de casa y residente de Dos Hermanas (Sevilla), quien vino a su centro de salud para causar lesiones, con la historia de Di Agnostticada 7 años 7 años 7 años 7 años 7 años 7 años 7 años 7 años. Hace años, recurrente y con muchas etapas de melodía, sin mejoría clínica en el tratamiento local en este momento. Actualmente, está en buenas condiciones, sin el PSI continuo serio debido a su salud, en la exploración que hacemos, podemos ver que causó el daño del eritema a la placa. La localidad se eleva en el codo izquierdo con áreas sólidas y de pelado, creándola mucho que causa picazón intensa. En particular, antecedentes de eritema psoriásico localizado en todo el abdomen; mismo prurito, costra leve sin signos de sobreinfección. Afirma que el tratamiento con productos naturales mejora el aspecto de la piel y alivia los síntomas que suelen presentarse, salvo los primeros. Niega antecedentes personales de alergias o comorbilidades. Datos básicos del paciente:
Altura 150 cm, peso 61 kg, índice de masa corporal 27,1 indica sobrepeso. Presión arterial: 140/82 mm Hg, hipertensión sistólica aislada, signo de aterosclerosis. Alergias: Hasta la fecha, no se conocen casos de alergias a alimentos o medicamentos. Hábito Tóxico: Alguien que fuma una cajetilla de cigarros diariamente por mucho tiempo. Tras ser valorada por el personal médico y el médico de cabecera, fue derivada a un dermatólogo que le indicó tratamiento con corticoides durante 1 semana y volvió a la consulta para ver la evolución de la lesión.

Después de una semana, la paciente volvió a la consulta del dermatólogo y notó que su herida había desaparecido por completo gracias al tratamiento prescrito.

4 Discusión-Conclusión

La psoriasis es una enfermedad de difícil tratamiento definitivo. Además, los pacientes pueden experimentar estrés emocional y una calidad de vida reducida, lo que los pone en riesgo de depresión. En algunos casos, dependiendo del entorno socioeconómico en el que vive el paciente, existen barreras para la adherencia al tratamiento como el alcoholismo y la pobreza. Por lo tanto, es importante que los pacientes tengan toda la información disponible sobre su condición, para que conozcan el alcance de su condición clínica y las opciones disponibles. Esto aumentará su confianza y lo alentará a seguir la terapia a medida que aprenda los objetivos y el alcance de su tratamiento.

5 Bibliografía

1. médico D. Psoriasis: qué es, síntomas, causas, prevención y tratamiento | Top Doctors [Internet]. Top Doctors. https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/psoriasis.
2. Press E. ¿Qué es la psoriasis? | Dermatología | Infosalus [Internet]. Infosalus.com. https://www.infosalus.com/enfermedades/dermatologia/psoriasis/que-es-psoriasis-47.html.
3. Psoriasis - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.wikipedia.org. https://es.wikipedia.org/wiki/Psoriasis.
4. ¿Qué es la psoriasis y cómo se trata? - CinfaSalud [Internet]. Cinfasalud. https://cinfasalud.cinfa.com/p/psoriasis/.
5. Principal P, médica E. Psoriasis: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000434.htm.
6. PA N, T B. Psoriasis [Internet]. PubMed. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846344/.

Capítulo 40

MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL

MARIA ALAMO OJEDA

BIANCA GABRIELA ALEXANDRU

VIRGINIA COLINO GÓMEZ

ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS

OLGA CASTRO CARRETERO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que, por ello, conlleva a la muerte en un tiempo variable, en general inferior a 6 meses, con evolución progresiva y que provoca síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes que provocan sufrimiento físico, psicológico, tanto en el paciente como en la familia.

Es una situación compleja, donde el paciente necesita un soporte asistencial de calidad, priorizando sobre todo el cuidado individualizado y adaptado a las necesi-

dades que presente. Se trata de mantener un confort eficaz, gracias al control del dolor, a través de las Unidades de Atención en Cuidados Paliativos, de cada zona de Salud.

Anualmente 40 millones de personas, necesitan de cuidados paliativos y tan solo un 14% la reciben. En las sociedades modernas donde la esperanza de vida aumenta, existe la necesidad de proponer políticas sanitarias universales, independientes de la situación económica y social del paciente, así como establecer estrategias para el acceso a dicha cobertura en aquellos países menos desarrollados donde escasean los recursos más básicos , tanto personal adecuado, como medicamentos de tipo analgésicos y opiáceos.

Asegurar la disponibilidad de dichos fármacos es fundamental, pues el síntoma más frecuente descrito en el paciente paliativo es el dolor y según la O.M.S, son esenciales.

Dicha organización define los Cuidados Paliativos como: " el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales."

Se ofrece tanto para enfermedades oncológicas , como en aquellas de tipo crónico, avanzadas o irreversibles.

En los últimos estudios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), colaboradora del Atlas de los Cuidados en Europa 2019, se concluye que en Europa, alrededor de 4,5 millones de personas, mueren con un alto grado de sufrimiento y en España, 228.000 fallecen al año con necesidad de cuidados paliativos y solo 80.000 los reciben. Es una proporción muy insuficiente, sobre todo cuando se estima que el 50% de las personas, los van a necesitar.

Actualmente, gracias a la Atención Primaria en los Centros de Salud, se conforman los equipos humanos asistenciales en las Unidades de Atención de Cuidados Paliativos, donde se establece dicha atención de forma domiciliaria en la práctica clínica. También y puesto que cada vez son más las personas que fallecen en el ámbito hospitalario, existirán en Atención Especializada, dichas Unidades compuestas por profesionales sanitarios que ofrecen atencióncmultidisciplinar, mediante una amplia cartera de servicios de asistencia de calidad, seguridad y eficiencia. Todo ello, amparado por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

La AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), ofrece recomendaciones para el manejo terapéutico al paciente terminal, a través de un tratamiento combinado de opiáceos , benzodiacepinas y neurolépticos, en los que

se necesite una sedación terminal y llama a la responsabilidad del profesional sanitario para ajustar dichos tratamientos a la situación real y condiciones del paciente.

2 Objetivos

Exponer la utilidad y manejo de la vía subcutánea e infusores para administración de tratamiento en cuidados paliativos a nivel domiciliario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores y bases de datos más reconocidas: PubMed/ Elsevier/Scielo/Cuiden/Cochrane Library.
Se han revisado guías y protocolos para el manejo de las técnicas en el tratamiento y control del dolor a través de un acceso subcutáneo.
Así como recomendaciones de Organismos competentes: O.M.S /Conserjería de Sanidad/AEMPS/SECPAL/.
La revisión de artículos se ha efectuado utilizando como palabra clave: Infusores, vía subcutánea, paciente terminal, cuidados paliativos.

4 Resultados

En los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos, por la propia evolución de su estado, existe la necesidad de elegir la vía subcutánea para la administración de los tratamientos, cuando no puedan tomar la medicación por vía oral: (presencia de náuseas , vómitos, disfagia, intolerancia a fármacos por vía oral, mala-absorción).
Es la vía de elección pues mejora la eficacia de los tratamientos:
- Disminuye la aparición de efectos adversos de los medicamentos.
- Es necesaria cuando se quiere mantener una buena biodisponibilidad en el organismo, a través de la administración controlada, lenta y constante.
- Útil en los casos que cursan con alteraciones neurológicas: inconsciencia, confusión, agonía , en los que el objetivo a seguir sea el confort del paciente.
- Se pueden administrar mezclas con varios fármacos para un efecto sinérgico.
- Es una técnica muy sencilla y bien aceptada por el paciente y familia.
- Alto grado de seguridad.

Nos encontraremos con un efecto algo más lento en su inicio que la vía endovenosa, pero muy parecido al de la vía intramuscular, utilizando dosis similares a las que administramos por vía oral, con la excepción de la Morfina y Haloperidol, que será la mitad de dicha dosis.

Se realizará acceso y colocación de vía subcutánea en las: Áreas infraclaviculares, en su 1/2 externa./ Región externa del brazo en Deltoides/Abdomen, evitando la línea media/ Muslos , aunque es menos usada. Hay que evitar zonas de pliegues cutáneos, mamas y zonas de piel de difícil acceso.

Utilizaremos según el tipo de tratamiento un tipo de Infusor:

De administración contínua, para un efecto constante a través de.

- Bombas electrónicas portátiles de infusión contínua, donde podemos regular el ritmo de infusión y como desventaja, el poder cometer errores en relación a su programación y manejo.
- De administración contínua a través de Infusores Elastoméricos con carcasa plástica que contiene en su interior un reservorio, que contiene la medicación a infundir con forma de globo o balón elástico, que se va progresivamente liberando por la acción de la retracción mecánica del mismo y regulado el ritmo por medio de una válvula, que será constante y no modificable.
- También se puede utilizar el acceso subcutáneo para administración Intermitente, varias veces al día , con mucho menor uso ya que no alcanza niveles plasmáticos tan estables.

Es fundamental que el paciente si es viable y su familia conozcan la técnica y la medicación a administrar.

Canalizaremos un acceso subcutáneo con palomilla de 23 o 25 G, desinfectando la piel previamente con movimientos circulares y conectaremos la palomilla al sistema de infusión elegido, purgando antes el sistema. Luego la fijaremos con una inclinación de 30-45 º a la piel. con un apósito transparente que permita visualizar es estado de la zona de punción.

También podemos utilizarla como administración en bolo cuando se precise la administración de fármacos de forma puntual o periódica.

Otra forma es infundir ambas a la vez, con una palomilla para el infusor y otra para la medicación en bolo.

Las únicas contraindicaciones para la administración de fármacos por vía subcutánea son:

Edema generalizado, anasarca/Shock/Coagulopatías graves.

La técnica para preparar la bomba de Infusión Elástomérica será :se carga en la jeringa de rosca Luerlok la medicación a administrar, completando con suero salino hasta 50 ml completando en el infusor de 24 H y hasta 100 ml en el de

48H. y una vez cargada , se rellena el infusor. Esto se puede realizar en el propio domicilio del paciente o en el Centro de Salud. A continuación y tras purgar el sistema, lo conectaremos a la palomilla y si los fármacos son fotosensibles, lo protegeremos de la luz bajo almohada.
El recambio de inserción y la palomilla se cambiarán cada 5-7 días y el infusor, si no es desechable, se puede recargar 2-3 veces.
Los fármacos más frecuentes que se administren serán: Morfina, Hioscina, Haloperidol, Midazolam, Metroclopamida, Furosemida, Ketorolaco, Dexametasona, etc.
El uso de este tipo de dispositivos resulta fundamental por la sencillez de su manejo en el domicilio. La técnica, es también sencilla para sus cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica clínica en relación a la Atención al paciente terminal, se ha de aplicar el método científico a fin de adaptar los cuidados a la realidad y condiciones del paciente, su familia, entorno y recursos, estableciendo de ese modo un plan de cuidados integral donde se palíen los síntomas más molestos, a través de los infusores subcutáneos en el propio domicilio , siendo la alternativa más eficaz para prevenir y aliviar el sufrimiento.
Resulta eficaz que las intervenciones sean realistas, evitando el encarnizamiento terapéutico en el paciente terminal y el uso de actuaciones innecesarias. Es por eso que se ha llegado a la conclusión de extender en la Atención en los Cuidados Paliativos el uso de la vía subcutánea para la administración de los tratamientos en los que el fin a buscar sea el control de los síntomas que repercutan en el confort y bienestar del paciente , siendo el control del dolor un objetivo prioritario.

6 Bibliografía

1. Tizón Bouza E. y Vazquez Torrado R. Enfermería en Cuidados Paliativos. Enfermería Global.
2. Conserjería de Salud del Principado de Asturias.Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias. 2020S.
3. Scielo. Roberto Levin , O.M.S .Cuidados Paliativos: principios generales. Guía para el Manejo Clínico. 2008.
4. Taller de Infusores Elastoméricos. Hospital Central de Asturias .Unidad de Cuidados Oncológicos. 2019.

5. Scielo. Utilización de la Vía Subcutánea en Atención Primaria. Humberto Soriano Fernandez. Fam. vol.2.Nº 8. Barcelona Oct, 2009.
6. Recomendaciones de la AEMPS para la gestión de medicamentos para el manejo de pacientes con enfermedades en fase terminal o paliativa. 2020.
7. SECPAL: Guía de Cuidados Paliativos.

Capítulo 41

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO PATOLÓGICO

MARIA ALAMO OJEDA

BIANCA GABRIELA ALEXANDRU

VIRGINIA COLINO GÓMEZ

ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS

OLGA CASTRO CARRETERO

1 Introducción

La mujer embarazada está expuesta a las mismas enfermedades agudas que la no embarazada, pero en general la embarazada se defiende mejor dadas sus mayores defensas inmunitarias, así como la producción de hormonas corticales. No suelen sufrir agravación por el embarazo y deben ser tratadas como fuera del mismo. Sin embargo, con o sin tratamiento, los efectos sobre el embrión o el feto pueden ser importantes. Las enfermedades crónicas, por otro lado, a menudo sufren los efectos adversos del embarazo y pueden tener consecuencias. Pero además, las mujeres embarazadas pueden desarrollar enfermedades propias del embarazo o embarazo (preeclampsia), que casi siempre se resuelven solas después del parto y pueden tener consecuencias negativas para el embarazo y el feto. Se pueden clasificar como embarazos de alto riesgo:
PERO. Enfermedades de la mujer embarazada: Hiperémesis gravídica. náuseas y vómitos; Hipertensión en el embarazo y síndrome antifosfolípido. B. Enfer-

medades maternas relacionadas con el embarazo o complicaciones del mismo: diabetes y embarazo. Otras enfermedades endocrinas; infecciones del tracto urinario y embarazo; enfermedades infecciosas y embarazo. Luz de vuelo; enfermedades respiratorias y embarazo; enfermedades de la sangre. Trastornos de la coagulación de la sangre; enfermedad cardíaca y embarazo. Enfermedades vasculares; enfermedades del sistema digestivo durante el embarazo; condición de piel; enfermedades del sistema nervioso y salud mental durante el embarazo; cáncer y embarazo. Abuso de drogas y embarazo.

2 Objetivos

Exponer e indicar los cuidados de enfermería en el embarazo patológico mediante el desarrollo de intervenciones y sus actividades en los centros hospitalarios.

3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de este trabajo, ha consistido en realizar una investigación científica basada en la revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura existente.
Para ello se han consultado artículos en las principales bases de datos como Web of Science (WoS), PEDro, Pubmed, Scielo, Cinahl, Dialnet, Lilacs y Teseo basándonos en un muestreo. Se utilizaron algoritmos booleanos como "and", "not" y "or" para llevar a cabo dicha búsqueda. A partir de ahí, se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas todos en un periodo establecido desde 2016 hasta 2021, encontrándose un tamaño muestral inicial de estudios y seleccionándose 10 publicaciones.
Los idiomas utilizados fueron "castellano", "inglés" y "portugués".
Los descriptores utilizados fueron: "cuidados", "enfermería", "embarazo", "patológico".

4 Resultados

Durante el embarazo pueden surgir algunas enfermedades propias o específicas del embarazo, que casi siempre se resuelven después del parto, y en ocasiones otras pueden tener consecuencias negativas, coexistentes o complicar el embarazo. En todos ellos, las enfermeras pueden intervenir y planificar los cuidados. Cuando se toma la decisión de interrumpir un embarazo por cualquiera de

estas condiciones, nuestra intervención planificada sería "Iniciar trabajo de parto. 6850". Ante cualquier patología que observemos durante el embarazo, una de las intervenciones sería:
Atención a embarazadas de alto riesgo. 6800", donde las actividades que estaremos planificando:
- Determinar la presencia de factores médicos asociados a resultados adversos del embarazo (diabetes, hipertensión, lupus, herpes, hepatitis, VIH y epilepsia).
- Examen de antecedentes obstétricos para buscar factores de riesgo relacionados con el embarazo (parto prematuro, pubertad, preeclampsia, embarazo múltiple, retraso del crecimiento uterino, desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización al Rh, ruptura prematura de membranas y antecedentes familiares, anomalías genéticas).
- Determinar la percepción del paciente sobre los factores de riesgo identificados.
- Fomentar la expresión de sentimientos y preocupaciones sobre cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal.
- Proporcionar materiales de capacitación sobre factores de riesgo y procedimientos normales de prueba y control.
- Educar a los pacientes sobre técnicas de autocuidado para aumentar sus posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de controles prenatales regulares, normalización del azúcar en la sangre) precauciones sanguíneas y sexuales, incluida la abstinencia). Enseñar métodos alternativos para la satisfacción sexual y la intimidad.
- Referir a programas específicos si están disponibles (dejar de fumar, tratamiento de adicciones, educación sobre diabetes, educación sobre prevención de partos prematuros, refugios para abuso, clínicas de ETS).
- Instruir al paciente sobre el uso de los medicamentos prescritos (insulina, fibrinolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticonvulsivantes).

5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras de unidades de obstetricia y ginecología, centros médicos y clínicas privadas, junto con otros especialistas, deben priorizar la identificación temprana de riesgos en la atención prenatal. El examen de la mujer embarazada o posparto debe ser dinámico y preciso, enfocándose en la detección temprana de posibles patologías durante el embarazo, así como durante el parto y el posparto. Esto requiere un seguimiento cuidadoso de las etapas de entrevista, exámenes físicos, exámenes ginecológicos y obstétricos, así como actividades educativas

desarrolladas específicamente para la mujer, teniendo en cuenta sus necesidades y características. Se prefieren las referencias para consultas de redes básicas, visitas domiciliarias y orientación sobre el uso de recursos técnicos y profesionales de nivel medio. Ante esto, es necesario conocer los productos científicos para el cuidado de la salud de las embarazadas de alto riesgo para revisar el conocimiento adquirido sobre su contribución a la implementación de los quintos Objetivos de Desarrollo del Milenio.

6 Bibliografía

1. Acevedo, M. M. G. G., Gámez, M. E. Z., Cuevas, M. L. R., & Castro, L. E. R. (2017). Enfermería Materno-Infantil.
2. Antunes, M. B., Rossi, R. M., & Pelloso, S. M. (2020). Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 54.
3. Byerley, B. M., & Haas, D. M. (2017). A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. BMC pregnancy and childbirth, 17(1), 1-9.
4. Jordan Morales, J. A. (2021). Sílabo de Enfermería materno infantil.
5. Leal, R. C., Santos, C. N. C., Lima, M. J. V., Moura, S. K. S., Pedrosa, A. O., & Costa, A. C. M. (2017). Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. Rev. enferm. UFPE on line, 1641-1649.
6. Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., & Khadivzadeh, T. (2020). Wellbeing in high-risk pregnancy: an integrative review. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 1-14.
7. Nola Holness, C. N. M. (2018). High-risk pregnancy. Women's Health Across the Lifespan, An Issue of Nursing Clinics, E-Book, 53(2), 241.
8. Paz Lorenzo, T. (2017). El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros. La Introducción a la lectura comprensiva en Lengua extranjera-inglés en el primer curso de la Educación Primaria 6 Los núcleos de población en España: propuesta de una clasificación 34, 37.
9. Rodrigues, A. R. M., da Costa Dantas, S. L., Pereira, A. M. M., da Silveira, M. A. M., & Rodrigues, D. P. (2017). Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. SANARE-Revista de Políticas Públicas, 16.
10. Rodríguez, J. L. (2020). Enfermería Materno-Infantil.

Capítulo 42

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

ROCIO MALAGON SANTOS

ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO

GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

CRISTINA MORENO CUESTAS

1 Introducción

Una sonda nasogástrica es un tubo delgado y flexible que se coloca en un hospital para pacientes que no pueden tragar o comer normalmente debido a ciertos tipos de cirugía orofaríngea o debido a enfermedades degenerativas. Esto asegura que el paciente pueda mantener su dieta y también pueda tomar la medicación según lo prescrito. La alimentación por sonda es un proceso relativamente simple, pero es importante tomar algunas precauciones para evitar que la sonda se salga del sitio de alimentación e introduzca alimentos en los pulmones, lo que puede causar neumonía por aspiración. - Los cuidados que debe realizar la enfermera de alimentación enteral se basan principalmente en el cuidado de la zona

de inserción de la sonda, boca y boca del paciente. Durante la alimentación, el paciente debe colocarse en la posición de Fowler, administrarse lentamente ya temperatura ambiente, monitorearse para detectar complicaciones y evitar posibles obstrucciones. Los transductores se reemplazarán según sea necesario, que es el trabajo de los graduados de enfermería. Evita obstáculos, complicaciones e intolerancias. Para los pacientes con sonda nasogástrica, la dieta es líquida y debe estar a una temperatura de 38-40° para que entre mas liquida y asi sea mas facil para digerir el paciente

2 Objetivos

- Saber que es una sonda nasogástrica y para que se utiliza.
- Explicar el procedimiento a seguir en la alimentación par sonda nasogástrica.

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 diferentes páginas de internet, PubMed y Google académico.

4 Resultados

- Materiales que utilizaremos:
- una jeringa estéril de 50 ml. - Guantes desechables no estériles. - Alimentos preparados según la receta. - Una taza de agua caliente. - Sonda gástrica (Levin).
- Enchufe para S.N.G.
- Gases. - Tortitas de Kocher. - La toallita. - Vaselina. - El orden de alimentación a través de la sonda nasogástrica: una. Nos lavamos las manos con agua y jabón. dos. Ponemos todos los documentos al lado del paciente y le decimos qué hacer. 3. Eleve la cabecera de la cama del paciente si el paciente puede moverse para colocarlo en la posición de Fowler y coloque una toalla debajo de la barbilla del paciente. cuatro Si está contraindicado colocarlo en la posición Fowler, colóquelo de lado en posición supina, sujetándolo con una almohada detrás de la espalda. 5. Nos pondremos guantes y comprobaremos que el transductor está en su sitio. 6. Aspiramos (sacamos el pistón) con una jeringa para extraer el líquido restante del tubo de la sonda. 7. Luego combinaremos 50 c.c. hacia la sonda nasogástrica. ocho.

Verter unos 30-50 cc para limpiar la sonda. agua caliente con jeringa. 9. En cuanto la sonda esté limpia, empezaremos a inyectar la comida con la jeringa. diez. Los alimentos líquidos llegarán al estómago por gravedad. Ajustaremos el caudal subiendo o bajando la jeringa. 11. Tenga especial cuidado de que no entre aire en la sonda. De esta forma evitaremos la escasez de alimento en la jeringa. duodécimo. Llene la jeringa con comida hasta que se inyecte la cantidad requerida. 13 Una vez insertado, vaciar unos 30-50 cc en el tubo. agua y luego pinzar el catéter para retirar la jeringa y luego cerrar el catéter para evitar que entre aire. catorce. El extremo libre del tubo debe sujetarse a la ropa del paciente para evitar que salga del estómago. quince. Pasemos al enjuague de la boca y nariz del paciente, ya que suele ser irritante y puede formar costras, para evitarlo puedes utilizar queroseno. dieciséis. Limpiaremos las sábanas, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos. 17 El paciente debe permanecer en la posición de Fowler durante 45 minutos para
1 hora después de la sonda para evitar vómitos o aspiración. Dieciocho. Si mientes, te pondremos de tu parte. 19 En la nota de la enfermera debe constar la cantidad de comida y agua, así como las posibles incidencias.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería debe de saber realizar este procedimiento y del material necesario ya que forma parte de sus funciones y si se presentase algún problema poder solucionarlo sin ninguna complicación para el paciente. La utilización de la sonda nasogástrica es muy importante ya que puede evitar grandes complicaciones de desnutrición en el paciente.
El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería además de realizar la administración del alimento por sonda nasogástrica colaborará tanto en el mantenimiento y cuidados de la misma además también ayudará en la colocación de la sonda cuando así lo requiera el diplomado de Enfermería.

6 Bibliografía

1. http://auxiliaresdenfermerialiad.blogspot.com
2. http://chospab.es
3. http://www.elsevier.es

Capítulo 43

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN NEONATO PREMATURO

ROCIO MALAGON SANTOS

ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO

GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

CRISTINA MORENO CUESTAS

1 Introducción

Un recién nacido (RN) prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y 32 semanas en el caso del gran prematuro.
Los neonatos prematuros tienen un peso menor de 2.500 g., e incluso 1.500 g. en el caso del gran prematuro. Su piel es muy delgada, brillante, rosada o enrojecida, que nos permite visualizar las venas. El tejido adiposo es escaso, tiene poca cantidad de pelo en su cuero cabelludo, aunque puede presentar bastante cantidad de un vello corporal suave, el lanugo. Su llanto y tono muscular son débiles. Sus genitales son pequeños y subdesarrollados, los testículos no están en sus bolsas escrotales, ni los labios mayores cubren toda la vulva. Debido a

la inmadurez de todos sus órganos internos el neonato prematuro presenta una serie de problemas a corto plazo: problemas respiratorios, cardiovasculares, sanguíneos, metabólicos, etc.

Hay numerosos estudios que han confirmado que los grandes prematuros en etapas posteriores, son niños con un riesgo aumentado de trastornos del comportamiento, del aprendizaje, de la integración social. Estas alteraciones en un principio se suponían que eran consecuencia de su inmadurez cerebral al nacer y de las patologías que presentan a lo largo de su estancia en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales), pero cada vez existen más certezas de que las continuas agresiones ambientales, físicas y sociales sobre su cerebro inmaduro en desarrollo, serian responsables de gran parte de estas secuelas y evitar estas secuelas es el reto y la responsabilidad de la enfermería dentro de la UCIN.

Existen grandes diferencias entre el medio intrauterino (donde el feto esta suavemente acunado en un cálido líquido amniótico, aislado de infecciones y bien protegido contra la luz y el sonido intenso) y el que se ofrece a los neonatos prematuros en la UCIN, estas diferencias dificultan de forma importante que el cerebro de los prematuros que normalmente termina su maduración en el útero, la complete correctamente:

- El feto dentro del útero está en una especie de nido en una postura flexionada y con las manos en la línea media cerca de su boca.
- El flujo de sangre uterina realiza música relajante acompañada del sonido del corazón de la madre.

Siendo pues conscientes de las grandes diferencias entre una UCIN y el útero materno comprendemos por qué los neonatos inmaduros y con graves patologías no son capaces de responder de una manera adecuada a esas diferencias.

2 Objetivos

Indicar las necesidades del recién nacido prematuro y cómo realizar los cuidados dirigidos a cubrir esas necesidades por parte del tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica 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 estudios que demuestran que un neonato prematuro ingresado en la UCI puede ver interrumpido su descanso unas 120 veces a largo del día debido a la continua manipulación a la que se ve sometido. En el neonato prematuro la interrupción de los períodos de sueño supone una agresión importante ya que se ve alterado su descanso tanto fisiológico como psicológico, con el correspondiente período de desorganización posterior que esto conlleva sobre él, necesitando tiempo, oxígeno y calorías para recuperar su situación. Así, las continuas interrupciones del descanso aumentan los períodos hipóxicos, pausas respiratorias, períodos de apnea, consumo de oxígeno e incrementan la presión intracraneana. Será por lo tanto necesario agrupar los cuidados, exploraciones e intervenciones, en períodos de tiempo estipulados intentando incrementar los periodos de descanso y respetando los periodos de sueño. Los estímulos deben ser lo más suaves y lo menos agresivos posibles no despertándolo bruscamente, por lo que es sumamente necesario consensuar un protocolo de Intervención Mínima y Agrupación de Intervenciones.

La temperatura corporal debido entre otros factores, a la mayor superficie corporal en relación a su peso, a un escaso tejido adiposo pardo y a una inmadurez de su sistema termorregulador. Siendo muy importante el control de su temperatura empezando por su reanimación en la sala de partos, su posterior traslado a la unidad de neonatología y continuando una vez ya introducido en su incubadora, obteniéndose un ambiente térmico neutro que le permita mantener una temperatura adecuada. Un sobrecalentamiento provocaría en el neonato prematuro el aumento de las pérdidas de agua, aumento así mismo de la frecuencia cardiaca y respiratoria y de la tasa metabólica todas ellas provocarían un aumento en el consumo de oxígeno y calorías. En cuanto a la hipotermia le provocaría letargia, aumento de la cantidad de apneas y bradicardias, intolerancia digestiva y distrés respiratorio. Nuestro objetivo es mantener la temperatura axilar del prematuro en 36,5º axilar para ello tendremos que tener en cuenta:

- Utilización de incubadoras con doble pared.
- Temperatura adecuada en el exterior.
- Utilización de calentadores del aire del respirador.
- No utilización de puertas superiores ni inferiores de las incubadoras.
- Mantener al neonato en postura de flexión.

- Evitar manipulaciones prolongadas.
- Utilizar material precalentado.
- Utilizar sensores de temperatura de la incubadora.
- Y prestar especial atención cuando este fuera de la incubadora como en traslados, cuidados canguro o cuando debamos abrir completamente un lado de la incubadora.

La piel del neonato prematuro representa un 13% del peso de su cuerpo efectuando un efecto barrera que impide la entrada de infecciones aunque es permeable a un gran número de sustancias. Posee una unión débil entre la dermis y la epidermis lo que le provocará un aumento considerable de erosiones y heridas, un pH disminuido (4,95) que deberemos mantener ya que le protege de las infecciones. Para proteger la piel del prematuro y evitar la pérdida de agua a través de su piel durante la primera semana la humedad dentro de la incubadora deberá estar entre el 80% y el 100% para posteriormente ir reduciéndose paulatinamente.

Ingresar a un hijo en la UCI causa un gran impacto para muchos padres. Pocos piensan cuando su bebé está en el útero materno, que va a surgir alguna complicación y que su bebe nacerá enfermo o prematuramente. Es por tanto natural, que los padres experimenten una gran variedad de emociones cuando deben enfrentarse a las dificultades que implica tener un bebé enfermo. Pero no todos los padres reaccionan de igual manera, algunos expresan abiertamente sus preocupaciones, mientras otros reprimen sus sentimientos. Incluso pueden dudar de desarrollar sus vínculos estrechos con su bebé, o incluso retrasar la elección del nombre.

Para paliar esta falta de apego las unidades de cuidados intensivos neonatales han dejado de ser sistemas cerrados, incorporando a los padres en el cuidado de su recién nacido. Esta incorporación debe estar unida a una integración de los padres en todos los cuidados que se realicen al recién nacido. La actitud de los padres dentro de la UCI debe de dejar de ser una actitud pasiva para participar activamente en el cuidado de su bebe prematuro o gravemente enfermo, siendo su principal tarea el procurar un contacto amable con su hijo.

Un último paso para establecer unos cuidados de calidad dentro de la UCI es comprender los mecanismos que utilizan los neonatos para comunicarse. Las señales que recibimos de los recién nacidos prematuros, especialmente cuando todavía están en la UCI, es mediante la observación de señales motoras, de autonomía, de estado, de atención interacción, o de regulación que interactúan entre sí. Estas señales nos sirven para prevenir su estrés, por ejemplo el neonato puede tener dificultad para tolerar la interacción social y otros estímulos sensoriales, al mismo tiempo. Por ejemplo, muchos bebés prematuros no pueden controlar

la alimentación y que se les hable y mire a la vez. Puede precisar toda la energía y la concentración al coordinar succión, deglución y respiración. También nos serviría para organizar en la rutina diaria del neonato su ”mejor momento”, indi130 vidualizando las actividades en atención a las capacidades y necesidades de cada niño. Algunas intervenciones pueden ser útiles para un bebé y estresantes para otro, y, a veces ser útil o estresante para el mismo niño en diferentes momentos.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el técnico auxiliar de enfermería en neonatología es una enfermería distinta, de nosotros y las enfermeras dependerá la evolución posterior de ese neonato prematuro, porque no solo debemos curar sus patologías sino ayudar a su desarrollo y maduración para evitar tanto las complicaciones inmediatas como tardías, con medidas que no precisan un alto coste, solo el conocimiento y la voluntad de trabajo.
La atención integral que reciben hoy en día las mujeres durante el embarazo y el parto hacen que, en la mayor parte de los casos, este se produzca sin complicaciones y den a luz bebés sanos. Las primeras horas son cruciales para el perfecto desarrollo físico, neurológico y psicológico del recién nacido. De estas primeras horas se ocupan las Unidades de Neonatología.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/
2. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
3. https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemasgeneralesdel-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacido-prematuro.

Capítulo 44

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

ROCIO MALAGON SANTOS

ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO

GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

CRISTINA MORENO CUESTAS

1 Introducción

La diálisis es un método de depuración de la sangre, cuyo objetivo es eliminar los líquidos y productos de desecho innecesarios para el organismo, cuando los riñones no pueden hacerlo, ante la insuficiencia renal. Permite regular el equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico cuando los mecanismos fisiológicos son inadecuados para evitar la acumulación de sustancias de desecho en la sangre (urea, ácido úrico, creatinina, etc.).
Hay dos tipos de de diálisis, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, nosotros vamos a centrarnos en la hemodiálisis donde la presencia del auxiliar juega un papel importante tanto en el aspecto laboral como psicológico.

En la hemodiálisis es necesario extraer la sangre fuera del cuerpo para depurarla, para ello necesitaremos un lugar, una localización que nos permita llegar a ella. Este lugar o punto de localización es lo que llamamos acceso vascular. Estos accesos pueden ser:

- Accesos vasculares externos: fistulas arteriovenosas externas (F.A.V.E).
- Accesos vasculares internos: fistulas arteriovenosas internas (F.A.V.I).
- Catéteres vasculares.

La sangre ya depurada, regresa a la circulación sanguínea del paciente a través de un detector de burbujas de aire. Durante el proceso se añade un anticoagulante (heparina) a la sangre extraída para facilitar su circulación por el dializador. El dializador es un sistema que incluye una membrana semipermeable para separar el líquido dializado de la sangre, sin que se mezclen nunca. Debe ser hermético, resistente y por supuesto estéril. Los dializadores pueden ser de diferentes formas, volúmenes y tamaños. Han ido evolucionando a lo largo de la historia en cuanto a sus materiales de construcción, volumen, tamaño, etc.

En la actualidad existen dos tipos de dializadores:

- Fibra hueca o capilar: tiene dos cámaras definidas, separadas por la membrana. Es de forma tubular. La membrana tiene forma cilíndrica y de calibre milimétrico, esta permite albergar la sangre y liberar por sus poros las toxinas de la misma.
- Placa: tiene forma de cuadrilátero, la sangre se reparte en placas que delimitan la membrana con sus poros.

Monitor de diálisis es lo que conocemos como máquina, es un aparato electrónico más o menos complejo que permite junto al dializador o filtro y demás tubos, agujas, pinzas, llevar a cabo la hemodiálisis.

2 Objetivos

- Exponer la técnica y funcionamiento de la hemodiálisis.
- Destacar el importante papel del técnico auxiliar de enfermería en sus funciones dentro del servicio hospitalario de diálisis y el trato a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Técnica y funcionamiento de la hemodiálisis:
1. Preparación de la máquina de hemodiálisis.
En primer lugar hay que comenzar con la preparación del entorno de trabajo, localizar el material necesario y conocer al personal implicado en la misma. El técnico auxiliar en cuidados de enfermería será el encargado de mantener a punto el monitor y el material necesario (filtro, líneas, bicarbonato). Se encargará de encender el monitor de diálisis y verificar que la llave de paso de agua está en correcta posición para que se pueda constituir el líquido de diálisis y por último dotará al monitor de los líquidos para la preparación del baño de diálisis (bicarbonato, ácido). Una vez hecho esto el auxiliar observará si se realizan correctamente los test y que la máquina continúe formando líquido de diálisis. En caso de que en el chequeo de un monitor este detecte error, el auxiliar deberá retirarlo y proporcionar otro que se tenga de reserva a la unidad.
2. Procedimiento de conexión:
El auxiliar de enfermería es el encargado de preparar el asiento o cama del paciente, dependiendo de las características de este y de cómo esté organizada la unidad ya que en algunos hospitales periféricos solamente cuentan con camas.
Se acompañará al paciente a la báscula y se anotará el peso exacto, aspecto muy importante. El paciente debe ser pesado siempre con la misma ropa y calzado, en la medida de lo posible.
En caso de ir en silla de ruedas, esta se debe pesar aparte y restar del peso total, ya que es muy importante ser lo más exactos a peso real para más tarde programar la diálisis.
Conexión del paciente a la máquina.
1. Conexión mediante fístula arteriovenosa:
El material necesario será: paño estéril, gasas, guantes, jeringa de 10 cc., antiséptico, compresor, agujas de hemodiálisis y esparadrapo. Todo ello ha de ser estéril.
Para conectar la fístula, la enfermera pinchará con dos agujas, una que actuará de artería que extraerá la sangre del paciente y otra de vena, que introducirá la sangre dializada al paciente. Ambas agujas deberán estar siempre que sea posible en direcciones opuestas y con una separación media de cuatro dedos para garantizar que no haya recirculación. La línea arterial consta de diferentes partes. Conexión a la artería, entrada del suero fisiológico, cuerpo de bomba, atrapa burbujas arterial y detector de presión arterial, por último conexión al dializador. La línea venosa contiene una conexión al dializar, atrapa burbujas venoso, detector de presión venosa, clamp venoso y conexión a la vena del paciente. La línea arterial

es de color roja mientras que la venosa es azul. Tanto las líneas como el dializador y las agujas son estériles y exclusivas a cada uso.

2. Conexión del paciente al catéter.

El material necesario será: paño estéril, gasas, jeringas, heparina (para extraer la del día anterior), guantes estériles, clorexidina, suero fisiológico y mascarillas (una para el paciente y otra para la enfermera). Para conectar al catéter se quitan los tapones que protegen las luces del catéter, se extrae la heparina que se introdujo en la desconexión de la última sesión de diálisis y se realiza el lavado con el suero fisiológico en ambas luces. Generalmente el catéter tiene una luz identificada en color rojo que sería la arterial y otra luz con color azul, la venosa. Una vez preparado el acceso vascular, sea catéter o fístula, la enfermera procederá a la conexión del paciente de diálisis. Terminado el tratamiento se procederá a la desconexión del paciente por parte de la enfermera, la auxiliar llevará a la báscula al paciente después de haber comprobado que la finalización de la diálisis ha sido correcta y el paciente se encuentra bien. El peso será anotado y comunicado a la enfermera encargada del paciente.

Generalmente la hemodiálisis requiere tres sesiones por semana de 3 a 6 horas de duración. En cada unidad de diálisis hay unos protocolos de actuación para la auxiliar de enfermería realizados por el personal de la unidad, donde se reflejan los pasos a seguir ante una determina técnica o situación. Deben ser conocidos por todo el personal de enfermería para que exista una regularidad y orden en el equipo de trabajo. El lavado de manos debe ser exhaustivo después de asistir y/o ayudar a los pacientes.

El servicio de diálisis es un servicio en el que a priori puede parecer que el auxiliar tiene una función meramente de limpieza y mantenimiento, sin embargo, para trabajar en dicho servicio el auxiliar debe adquirir unos conocimientos específicos para trabajar conjuntamente con la enfermera y el médico. Estos conocimientos van a permitir detectar al auxiliar una situación de urgencia en cualquier momento. Lo que se busca es llevar a cabo un trabajo en equipo, hacer una cadena correlativa de acciones, procurando que no falte ningún eslabón que pueda interrumpir el proceso.

Además el auxiliar ha de estar expectante antes los cambios patológicos de las vías genito-urinarias que a menudo se ignoran o pasan desapercibidas en detrimento de la calidad de vida del paciente, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Es importante el conocimiento y observación de los riesgos y síntomas de este tipo de alteraciones que con un diagnóstico precoz podrán tener un tratamiento a su alcance.

El auxiliar de enfermería tiene que conocer las repercusiones de las enfermedades

renales en los pacientes. Conocer cuáles son las principales patologías y cuidados que necesita el enfermo renal.
Los pacientes en diálisis son dependientes de este proceso de tratamiento, así como del personal sanitario que a veces tratan de pagar la inestabilidad que crea en ellos el inicio de esta nueva situación. El auxiliar de enfermería juega un papel muy importante en los cuidados básicos de estos enfermos. Ha de educarlos en la alimentación, instruirlos en la higiene ya que es un aspecto muy importante no sólo la higiene corporal si no también la bucal, vigilar la temperatura corporal por riesgos de infecciones y la aparición de secreciones de cualquier tipo así como su consistencia. Controlar la entrada y salida de líquidos (haciendo especial hincapié en el pesado).

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería juega un papel muy importante con este tipo de pacientes y su familia, ya que es un intermediario directo con la enfermedad y el paciente. Estos enfermos son especiales, no por su patología, si no por su cronicidad y por la novedad y cambio de rol que la hemodiálisis supone en su vida.
Tener en cuenta que aunque estén en vigilancia renal y en consulta de predialisis, el comienzo de la misma supone un impacto que les hace cambiar su conducta, su forma de pensar, su actividad, incluso su comportamiento surgiendo mecanismos de defensa como la negación, rechazo y la depresión. Podemos ayudar a los pacientes a seguir las recomendaciones que necesitan para ir introduciendo los cambios que van a venir en consecuencia de su patología.

6 Bibliografía

1. Giuseppe Russollillo. Guías didácticas para pacientes dializados y trasplantes de riñón. Fundación ONCE y ALCER. 1999.
2. Lola Andreu Preriz. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Editorial Masson 2001.
3. John T. Daugirdas, Todd S. Ing. Manual de diálisis. Ed. Masson 19

Capítulo 45

LA IMPORTANCIA DEL MANEJO EN TRIAJE EXTRAHOSPITALARIO POR ENFERMERÍA

BLANCA MARIA SERRANO MARTIN

SHEILA CARBONELL DEL CAMPO

NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ

ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ

ELENA SORIANO CAÑAMERO

1 Introducción

El término triaje es un vocablo que proviene de la palabra francesa" trier" que se define como escoger, separar o clasificar. Este término, que emprendió a esgrimirse en las batallas de Napoleón, persiste como concepto para clasificar o priorizar la atención urgente de enfermos. (1).
El triaje es un sumario que consiente una gestión del riesgo clínico para poder operar adecuadamente y con seguridad los flujos de enfermos cuando la solicitud y las necesidades clínicas destacan a los recursos. Hoy se manejan sistemas de triaje estructurado en cinco niveles de prioridad que se asignan ocupando el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los enfermos a partir de ese «grado de urgencia», de tal forma que los enfermos más urgentes serán atendidos primero y el resto serán

reevaluados hasta ser vistos por el médico. El sistema español de triaje (SET) y el sistema de triaje Manchester (MTS) son los dos procedimientos normalizados de mayor implantación en nuestro país. Todos son sistemas multidisciplinares fundados en motivos y en la urgencia de la consulta, pero no en diagnósticos y son llevados a efectuar por enfermería con apoyo médico puntualmente. Asimismo, todos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio o unidad de urgencias y cuentan con proyección para poder ser aprovechados y destinar en el ámbito extrahospitalario. (2).

2 Objetivos

- Tener en consideración la posibilidad de sobrevivir de un sujeto basándose en los datos de la valoración, al no disponer de otros como patologías previas.
- Clasificar de modo anticipada la evacuación de los heridos (dependerá de gravedad y pronóstico) así como establecimiento de tiempos de atención en cargo de los plazos terapéuticos.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha ejecutado una búsqueda sistemática de libros y además, se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
En los criterios de selección se estableció que fueran publicados en los últimos diez años y en idioma español e inglés.

4 Resultados

Ante una situación o escenario de emergencia y catástrofe se diferencian dos tipologías de triaje en función del momento en el que se ejecuta:
1. Primer triaje o básico:
- Maniobras salvadoras (apertura VA, hemostasia, RCP).
- Maniobras estabilizadoras: decretar grado de urgencia ⟶ parámetros fisiológicos.
2. Segundo triaje o avanzado:

- Maniobras ya salvadoras
- Clasificación según nivel de urgencia DIFERENCIANDO → Qx (evacuación será urgente). Estabilización y valoración de las lesiones

3. Tercer triaje o triaje hospitalario: en los centros hospitalarios, en el cual se reevalúan y clasifican las víctimas.

Según polaridad:

- Bipolar: Se maneja en extrema gravedad o peligro. Vivos/muertos; caminan/o no caminan; graves/leves.
- Tripolar: muy graves/graves/leves o Muertos/graves/leves. Procurando de evacuar a los que logran caminar o que no precisan grandes medios.
- Tetrapolar. Es el sistema más recurrido en el triaje básico o primer triaje, usando colores para diferenciar a los heridos según gravedad:

1. Negro → éxitus.
2. Rojo → gravedad extrema.
3. Amarillo → gravedad-urgencia relativa
4. Verde → urgencia leve.

- Penta polar. En el ámbito hospitalario, diversificado en cinco colores según la gravedad.

Según lesiones:

- Modelo lesional que se destinan en función de la gravedad de estas.
- Modelo funcional que clasifica a los enfermos en función de su estado no priorizando las lesiones
- Modelo mixto.

1. Primer triaje o básico.

Se ejecuta en la zona de rescate en una zona o área en la que se ha ocasionado un desastre o un AMV. Han de advertirse las principales amenazas para la vida como la asfixia, hemorragia y el shock. La premura de los tiempos de clasificación es vital para la supervivencia de los enfermos más críticos:

- Víctima muerta 30 segundos.
- Víctima herida leve 1 minuto.
- Víctima herida grave 3 minutos.

Los métodos destinados según el consejo español de triage prehospitalario y hospitalarios son:

- Método START. (Simple triage and rapid treatment).

Seleccionado como el primer triaje pues consiste en una valoración rápida que analiza la deambulación, respiración, perfusión y estado mental, tras la cual se destinan las maniobras salvadoras. Valora:

- Deambulación. Si logra deambular → verde.

- Respiración:
FR igual a 0: apertura VA. (efectivo: color rojo; no efectivo: color negro)
FR mayor 30: rojo.
FR menor 30: pulso mayor 120 lpm: rojo. / menor 120 lpm → valorar estado mental.
- Estado mental. ¿Cuál es su nombre? ¿Logra poder tocarse la nariz? Si no adecuado → color rojo; adecuado → amarillo.
Método SHORT. Sale caminando y además habla sin dificultad, acata órdenes. Respira. Tapona heridas
Método MRCC. Método rápido de clasificación en catástrofes.
2. Segundo triaje o avanzado. Una vez ejecutado el primer triaje en la zona o en el área de rescate se proviene a efectuar el segundo triaje.
META: (modelo extrahospitalario de triaje avanzado)
- Estabilización. ABC, maniobras salvadoras si necesario. 3 colores:
Rojo: cualquier alteración en ABC.
Amarillo: alteración neurológica (prioridad) o aquellos que precisen de valoración hospitalaria.
Verde: el resto.
- Valoración quirúrgica urgente.
Trauma penetrante, de pelvis con fractura abierta o de pelvis sin fractura abierta con inestabilidad mecánica +/- hemodinámica, o trauma cerrado de tronco con signos de shock.
- Estabilización y valoración de las lesiones.
- Triaje de evacuación. Se evacuarán por orden de colores en gravedad descendente.
3. Tercer triaje u hospitalario:
Una vez clasificados y evacuados son recibidos en los distintos centros hospitalarios el cual se efectuará un nuevo triaje.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión habrá que decir que el triaje tetrapolar que se ejecuta tanto en el triaje primario como secundario en la emergencia prehospitalaria es de una gran utilidad, ya que consiente simplificar de modo más basta las prioridades tanto de tratamiento como de evacuación de las víctimas según la urgencia que necesiten tanto de traslado como de tratamiento.
En método START en el triaje primario se maniobra como descarte inmediato la posibilidad de deambular. Sin embargo, desde mi punto de vista merece un

matiz y, como siempre, es el de individualizar a cada enfermo. Por ejemplo, en el supuesto de encontrarnos en un accidente de tráfico un enfermo con un neumotórax con disnea ya instaurada inicialmente no tendría por qué no deambular y es un enfermo potencialmente muy grave que estaríamos clasificando como verde. Posteriormente en el triaje secundario reevaluaríamos y se convertiría en rojo. En mi opinión sería más útil la autoclasificación como verde en el triaje primario si logras andar y a la vez hablar más de 3 palabras sin dificultad, pues valoramos obediencia a órdenes sencillas, permeabilidad de vía aérea, FR menor a 30 y deambulación en muy poco tiempo.

El triaje avanzado se trata de algo más específico al valorar el ABC, que demandará de más tiempo y de una valoración más exhaustiva, evitando que se nos escape el enfermo crítico si en el triaje primario se clasificó de una manera inconveniente, asimismo, de consentir la reevaluación, ya que, aunque inicialmente no estuviera grave, podría estarlo más adelante acorde avanza el tiempo.

6 Bibliografía

1. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/UNAP/13088/1/Pineda_Layme_Jerson_Orlando.pdf1.
https://revistasanitariadeinvestigacion.com/triaje-hospitalario-y-extrahospitalario/#::text=El%20t%C3%A9rmino%20triaje%20es%20un,la%20atenci%C3%B3n%20diagn%C3%B3stica%20y%20terap%C3%A9utica.
2. Rodríguez Soler AJ, Peláez Corres N, Jiménez Guadarrama LR. Manual de triage prehospitalario. Elsevier (Madrid), pp. 2008.Newgard CD, et al.
3. A critical assesment of out-of-hospital trauma triage guidelines for physiologic abnormality. The Journal of Trauma, 68 (2010), pp. 452-62.

Capítulo 46

INTERVENCIONES Y MUESTRA DE ENFERMERÍA HACIA LA DISNEA

SHEILA CARBONELL DEL CAMPO

BLANCA MARIA SERRANO MARTIN

NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ

ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ

ELENA SORIANO CAÑAMERO

1 Introducción

La disnea aguda es uno de los orígenes más habituales de demanda en los servicios de urgencias hospitalarias. Es una situación potencialmente muy grave, por lo que el objetivo inicial es revelar su origen para fundar un tratamiento precoz. En este capítulo se aborda el estudio etiológico, diagnóstico y el manejo e intervención terapéutica de la disnea aguda.

La disnea se concreta como la impresión subjetiva y percepción de dificultad para respirar o de falla de aire. Su descripción puede estar mediada por variaciones individuales.

Grados de disnea según la NYHA (New York Heart Association):

- Clase I: ausencia de síntomas con la efectuación actividad habitual.
- Clase II: síntomas con la actividad moderada.
- Clase III: síntomas con una escasa actividad.
- Clase IV: síntomas en estado de reposo.

Algunos conceptos concernientes con la disnea incluyen:
- Taquipnea: aumento de la frecuencia respiratoria normal, respiración rápida, superficial y corta, que puede o no acompañarse de disnea. - Hiperpnea: ventilación por minuto mayor que la demanda metabólica, básicamente hiperventilación.
- Polipnea: inspiración profunda y prolongada. Ej.: respiración de Kussmaul (en cetoacidosis y uremia).
- Ortopnea: disnea en decúbito supino. Ej.: en insuficiencia cardiaca (IC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Trepopnea: disnea en decúbito lateral. Ej.: en enfermedades cardiacas, parálisis unilateral diafragmática.
- Platipnea: disnea en posición erecta o vertical. Ej.: en insuficiencia de la musculatura de la pared abdominal y persistencia de foramen oval.
- Disnea paroxística nocturna: disnea súbita de aparición durante el sueño que impide el decúbito (IC).

2 Objetivos

Conocer y exponer las intervenciones desde nuestro papel como enfermería del manejo de la disnea aguda en los servicios de urgencias hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado 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

Etiología:
Tanto la disnea aguda como la agudización de la disnea crónica son las convenciones más acostumbradas de presentación. Constituyen la manifestación de muy diversas enfermedades:
- Disnea de una instauración rápida: neumonía, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, crisis asmática, inhalación de gases, neumotórax (NT), derrame

pleural (DP), EAP, TEP, orígenes mecánicos (traumatismo, fractura costal…), origen psicógeno.

- Disnea de una instauración lenta. Orígenes: respiratoria: EPOC, EPI, HT pulmonar, anomalías de la pared torácica. Cardiovascular: IC izquierda, valvulopatías, enfermedad coronaria. Patologías metabólicas: acidosis metabólica, hiper/hipotiroidismo. Enfermedades hematológicas: anemia, hemoglobinopatías.
- Psicosomáticas: somatización, ansiedad, depresión. Otras: RGE, embarazo, mal de altura, etc.

Orientación etiológica de la disnea:

Es fundamental efectuar una exploración física detallada y una buena historia clínica que ubiquen hacia un diagnóstico etiológico y consientan administrar un tratamiento específico.

1. Anamnesis: antecedentes familiares y personales (EPOC, asma, cardiopatía, enfermedades restrictivas, inmunosupresión), situación basal del enfermo, enfermedad actual (distinguir disnea aguda, crónica o crónica reagudizada).
2. Exploración física: primero se evaluará la frecuencia respiratoria y el uso de musculatura respiratoria accesoria. Se evaluará la situación hemodinámica para descartar un fallo inminente que obligue a efectuar reanimación cardiopulmonar o intubación orotraqueal. Se considerarán tensión arterial (TA), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (T^a), frecuencia cardiaca (FC), saturación de oxígeno (SatO2), glucemia capilar, nivel de consciencia y la orientación, la utilización y uso de músculos accesorios, perfusión periférica, cianosis, etc.
3. Pulsioximetría. Se debe mantener SpO2 > 90 % (corresponde a PaO2 60 mmHg); <90% encamina a a insuficiencia respiratoria, pero deben considerarse elementos que la modifican: hipoperfusión periférica, pH, T^a, anemia grave, laca de uñas.
4. Gasometría arterial (especificar siempre la FiO2): efectuar en situación basal (si usa O2 domiciliario, con este). Consiente diagnosticar insuficiencia respiratoria y detecta alteraciones del pH.
5. Rx tórax PA (postero-anterior) y lateral; si no es posible, AP (anteroposterior) portátil.
6. Electrocardiograma (ECG).
7. Bioquímica y hemograma: evaluar anemia, alteración de iones, función renal, etc.
8. Otras pruebas complementarias: según la sospecha clínica. Ej.: TC tórax, eco-Doppler de miembros inferiores, ecocardiograma, broncoscopia.

Entidades clínicas más frecuentes y diagnóstico diferencial:

Para orientar el origen de la disnea nos fundamentaremos en una serie de perfiles clínicos:

- Obstrucción VA superior: gran disnea. Estridor (signo clave), retracción VA supraclaviculares, disminución de murmullo vesicular (MV) bilateral.
- Neumonía: tos, expectoración purulenta, fiebre, tiritona, dolor torácico pleurítico. Crepitantes, aumento de transmisión vocal. Rx tórax: consolidación.
- Agudización EPOC: tos, cambios expectoración. Aumento roncus, sibilancias, ruidos de secreciones. Rx tórax: aire retroesternal, aplanamiento diafragma, rectificación arcos costales, hiperclaridad (bullas), cardiomegalia, consolidación.
- Asma bronquial: tos seca. Sibilancias/silencio auscultatorio. Rx tórax normal.
- NT espontáneo (jóvenes altos y delgados): disnea muy aguda, dolor torácico pleurítico. Disminución de MV, timpanismo. Rx tórax (espiración): separación pleura-pared torácica. NT a tensión: descenso hemidiafragma, mediastino a contralateral.
- TEP: disnea brusca, dolor pleurítico, síncope, hemoptisis. Taquipnea, taquicardia, TVP. Rx tórax: normal/elevación hemidiafragma.
- Cardiopatía: sudoración, taquicardia, taquiarritmias. Rx tórax: cardiomegalia. IC:
- Dcha.: IY, reflujo hepatoyugular, hepatomegalia, edemas.
- Izqda.: ortopnea, DPN, crepitantes húmedos, sibilantes (asma cardial). Rx tórax: redistribución vascular, líquido cisuras, DP, infiltrado alveolo intersticial, exudado algodonoso.
- Hiperventilación psicógena: gran disnea, taquicardia, presión centro torácica, cefalea tensional, parestesias extremidades y peribucales. EF anodina.
- Otros: anemia (palidez, taquicardia, taquipnea), acidosis (respiración Kussmaul), fármacos estimulantes, etc.

Manejo terapéutico:

La disnea aguda es extremadamente grave, por lo que demanda atención urgente. Los siguientes datos indican potencial ponderada gravedad y la atención ha de ser inmediata:

- FR >26, uso de musculatura accesoria.
- Alteración del nivel de consciencia.
- Mala perfusión periférica, desaturación progresiva, SatO2 <90%.
- Dolor torácico o síncope.
- Hipertensión arterial (HTA) o hipotensiones extremas.

El tratamiento de inicio de la disnea aguda incluye una sucesión de medidas generales que se puntualizan a continuación. Posteriormente, una vez reconocido el origen de la disnea, se llevará a la práctica un tratamiento específico de la misma.

1. Estabilización.

- Reposo en cama con el cabecero en un ángulo de 45-90º.

- Mantener siempre la permeabilidad de la vía aérea.
- Oxigenoterapia.
- Ventilación mecánica (no invasiva/ invasiva).
- Monitorización: TA, FC, FR, Tª, ECG, pulsioximetría.
- Canalización de una vía venosa y sueroterapia.

2. Tratamiento específico del origen.
3. Tratamiento sintomático.

Algoritmo:

Definición: sensación subjetiva de dificultad para respirar o de falta de aire.

Manejo inicial: medida de TA, FC, SatO2, Tª. ¿Existe inestabilidad hemodinámica?

- Sí: evaluar RCP e IOT.
- No: ¿Hay datos de potencial extrema gravedad? (FR>26, uso de músculos accesorios, ↓ nivel consciencia, ↓ perfusión periférica, desaturación progresiva, SatO2 <90 %, dolor torácico o síncope, HTA o hipotensión extremas) o Sí:

Estridor o tiraje: laringoscopia de urgencia y tratamiento del origen.

Otros: evaluar RCP e IOT. No: orientación diagnóstica etiológica mediante.

- Exploración física + anamnesis.
- Pulsioximetría.
- Glucemia capilar.
- ECG.
- Rx tórax PA y lat.
- BQ + hemograma.
- Gasometría arterial.
- Otros.

Orígenes frecuentes de disnea aguda: obstrucción VA superior, neumonía, TEP, EAP, EPOC agudizado, asma bronquial, NT, cardiopatía, psicógena, fármacos:

Tratamiento de la disnea aguda (requiere atención urgente):

1. Estabilización.
- Reposo en cama con cabecero a 45-90º.
- Mantener permeabilidad de la vía aérea.
- Oxigenoterapia.
- Ventilación mecánica (no invasiva/invasiva).
- Monitorización: TA, FC, FR, Tª, ECG, pulsioximetría.
- Canalización de vía venosa y sueroterapia.

2. Tratamiento específico del origen.
3. Tratamiento sintomático.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental conocer el manejo de la disnea aguda en los servicios de urgencias, dado que se trata de un síntoma muy frecuente y potencialmente grave. Su diagnóstico precoz es crucial a la hora de orientar el manejo terapéutico y prevenir un grave perjuicio para la salud del enfermo.

El tratamiento inicial de la disnea aguda se le incluye una serie de medidas generales. Hasta que esta identificada adecuadamente el origen de la disnea, se llevará a cabo un tratamiento sobre la misma.

Como hemos podido ver es esencial el efectuar una exploración física exhaustiva y así obtener una buena historia clínica que sitúen hacia un diagnóstico y nos encaminen hacia los orígenes y así, consientan administrar un adecuado tratamiento específico.

6 Bibliografía

1. Martínez E., Martínez M., Romero P., Manterola A., Michel J., Guelbenzu J.J. et al . Urgencias respiratorias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2004 [citado 2022 Mar 11]; 27(Suppl 3): 87-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600009&lng=es.

2. Carvajal-Valdy Gabriel, Ferrandino-Carballo Marco, Salas-Herrera Isaías. Manejo paliativo de la disnea en el enfermo terminal. Acta méd. Costarricense [Internet]. junio de 2011 [consultado el 2 de marzo de 2022]; 53(2): 79-87. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022011000200005&lng=en.

3. Aguilar Rodríguez F. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 7th ed. [Madrid]: [Luzán 5]; 2012.

4. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4th ed. [Madrid]: A. Julián Jiménez; 2014.

Capítulo 47

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL QUIRÓFANO

NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ

BLANCA MARIA SERRANO MARTIN

SHEILA CARBONELL DEL CAMPO

ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ

ELENA SORIANO CAÑAMERO

1 Introducción

El profesional enfermero dentro de la unidad de quirófano son múltiples y diversas las funciones a ejecutar; podemos encontrar al profesional enfermero circulante, que se encarga y es responsable del enfermo precedentemente (comprobación de antecedentes personales, cirugías realizadas previamente, alergias medicamentosas, administración o no de profilaxis antibiótica), durante (cuidados , técnicas enfermeras y registro de constantes vitales) y ulteriormente de la intervención quirúrgica para su preparación inicial, el mantenimiento de la anestesia siempre bajo las órdenes del médico encargado anestesista y la salida del quirófano con los cuidados convenientes que requiere el enfermo; y por otro lado, está el enfermero instrumentista, con el desempeño de ayudar a apoyar a los cirujanos además de ir dotando de material instrumental preciso dentro de la intervención propiamente dicha.

El enfermo se le ve como a un individuo bio-psico-social, por lo que se le tendrá que asistirle como tal, no sólo en la preparación física para ejecutar la intervención sino del conveniente acopio de información y conocimiento sobre sus alergias, o los antecedentes personales, intervenciones anteriores, su cultura, entre otras cosas relevantes, asimismo se deberá de tener la deferencia y obligatoriedad de cumplir con la confidencialidad de los datos e intimidad de este , dado que el enfermo se halla en un entorno poco común y desconocido para él y es por esto que se hace ineludible tranquilizarle y mostrar confianza por parte de todos los profesionales del quirófano comenzando con celadores, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, cirujano, personal enfermero, técnico de rayos x, anestesista, en conclusión de todo el equipo de quirófano.

2 Objetivos

Conocer las principales acciones del profesional enfermero dentro de la unidad de quirófano precedentemente, durante y ulteriormente de la cirugía del enfermo.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se ha realizado una investigación basada en la revisión bibliográfica sistemática de literatura científica existente y de distintas normativas vigentes relacionadas con el tema concreto de la potabilización del agua de consumo humano. Asimismo, se ha realizado una consulta en bases de datos conocidas como PubMed, Scielo y Medline, seleccionando artículos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro la unidad quirúrgica, El profesional enfermero se hace encargado y responsable del enfermo desde que entra e ingresa al área o zona de antequirófano hasta que se le traslada a la Unidad de recuperación posanestésica (URPA), si este no se le ha tratado mediante anestesia local.
Como se ha citado anteriormente , el enfermo al tratarse de un ser biopsicosocial es forzoso no solo abarcar en cuidados físicos sobre él en cuanto a las posibles alergias, desequilibrio de líquidos, temperatura corporal, riesgo de que realice una broncoaspiración durante la extubación…) sino que además, hay que tener

en consideración un condicionante muy importante en su esfera psicosocial: la ansiedad.

El profesional enfermero es el encargado de lo siguiente:
- Emplear medidas para su bienestar físico y encontrarse a gusto dentro del entorno.
- Actuar de modo tranquilo, con movimientos controlados, y cuando se pueda, si esto es posible proporcionar música incluso cierto tono humorístico para hacer amena la situación.
- Continuar a su lado desde el mismo momento de la inducción anestésica hasta el despertar.
- Transmitirle cercanía, calidez y si es posible y no está contraindicado el contacto con su familia ulteriormente de la intervención.

Otro condicionante a tener en consideración en el quirófano es evitar los traumatismos, lesiones, o heridas debido a su movilización o ubicación en la mesa quirúrgica durante la intervención.

El profesional enfermero tiene que encargarse de:
- Durante el posicionamiento del enfermo a la mesa, sea lo más cómodo y estable posible y procurando que no se altere la integridad de la piel (ya sea por fricción, golpe o úlcera por presión).
- Se colocarán las conveniente protecciones siempre en las prominencias óseas: escápulas, codos, cráneo, sacro…
- Comprobará que no se hallen objetos debajo del enfermo y que estos estén en contacto con él para evitar esa alteración cutánea.
- La placa quirúrgica deberá ubicarse en zona o área del paciente que posea músculo, que no se halle húmedo y que no tenga vello corporal.
- El profesional enfermero velará, asimismo, por la higiene y protección de los ojos mediante y a través de pomadas oculares que le mantengan hidratado.

Otro aspecto muy común es el riesgo de contraer infección debido a las intervenciones invasivas a nivel urinario (sondaje vesical), o de la canalización de vías periféricas o centrales, a nivel respiratorio por intubación del enfermo… así pues, entre las actividades a desarrollar por el profesional enfermero hallamos:
- Cuidar la temperatura protocolizada y conveniente del quirófano, siempre debe estar entre los 18 y los 21 grados y una humedad de entre el 40 y 60 %, y si fuera inevitable, cubrir al enfermo con una manta eléctrica.
- Cuidar que se conserve y mantenga la esterilidad en todo momento de la intervención en su totalidad, al igual habrá que comprobar previamente que el material se halla estéril precedentemente de usarlo.

- Ejecutar contaje de las gasas, compresas y torundas utilizadas, precedentemente de cerrar la herida quirúrgica.
- El personal deberá estar vestido correctamente con calzas, gorro, mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que el profesional enfermero dentro de la unidad de quirófano es muy importante ya que es el que le va a tratar, desde el inicio y el ingreso en el que éste entra mediante una entrevista y un trato personalizado y empático, pasando por los cuidados empleados dentro del propio quirúrgico inducción anestésica, vigilancia de constantes, registro de éstas constantes, intervenciones ejecutadas… hasta finalmente el despertar y el seguimiento ulteriormente de la intervención para observar cualquier anomalía El profesional enfermero es la principal encargado y responsable de velar por su seguridad en todo momento, evitando posibles infecciones nosocomiales, traumatismos, úlceras por presión, hipotermia o incluso si el paciente denota ansiedad, intentar bajar el nivel.

6 Bibliografía

1. Laguado Jaimes Elveny, Yaruro Bacca Karol, Hernández Calderón Emily Jurani. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Oct [citado 2022 Sep 21]; 14(40): 362-374. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400016&lng=es.
2. Baños Sánchez Darelys, García Martínez Aimara, Prat Ribet Isandra, Martínez Morejón Yoaly de las Mercedes, Amador Hernández Yurien. La calidad en el desempeño de enfermería en la cirugía. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Abr [citado 2022 Sep 21]; 19(2): 232-243. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200008&lng=es.
3. Castañón Pompa Delvis, Dubergel Fabier Yaíma, Gibert Lamadrid María del Pilar. Prácticas de enfermería en los diferentes escenarios de la Cirugía de Mínimo Acceso. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 Abr [citado 2022 Sep 21]; 16(2): 229-239. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000200009&lng=es.

Capítulo 48

A PROPOSITO DE UN CASO. MILKING,HALLAZGO CASUAL EN EL CONTEXTO DE UN IAM

LETICIA SANDOVAL VALLEJO

1 Introducción

Las arterias coronarias son pequeños conductos que irrigan el miocardio del corazón. Son dos principalmente que se dividen en conductos mas pequeños.

En algunos pacientes, algún segmento de estas arterias, discurren por el espesor del miocardio. Estos trayectos tienen una longitud variable.
Cuando esto sucede, decimos que existe un puente miocárdico, denominado fenómeno Milking.

Durante la sístole, estos puentes reducen de forma significativa la luz del vaso y producen una compresión extrínseca dinámica, llamado fenómeno de milking; que aparece con mayor frecuencia en la arteria descendente anterior, sobre todo en sus segmentos medio y distal.

A pesar de que el milking puede ser un fenómeno poco frecuente, su significación clínica es muy variable, ya que aunque generalmente es asintomático y de buen pronóstico a largo plazo en la mayoría de los pacientes, hay estudios que demuestran una evidencia de su asociación con angor, infarto de miocardio, arritmias malignas y muerte súbita.

La incidencia de pacientes con trayectos de estas arterias intromiocardiacas, vistos en necropsias, es entorno a uno 30 -50 %.

El uso de betabloqueadores, es una alternativa terapéutica utilizada, y viable hasta ahora.
En este artículo se presenta el caso de un paciente con esta alteración, hallada en el contexto de un infarto agudo de miocardio, con PCR reanimada.
Se dice que es una "anomalia congenita", ya que lo habitual es que las arterias coronarias discurran por la superficie del miocardio. En este fenomeno, se introducen en el miocardio. La causa es desconocida.

2 Objetivos

Conocer y que el personal sanitario tenga presente la posible asociación de fenomeno Milking en situación de angor, infarto de miocardio, arritmias malignas y muerte súbita.

3 Caso clínico

Antecedentes:
Varón de 70 años. NAMC.Vive en familia. No fumador, no bebedor. No enfermedades medico-quirúrgicas de interés. IABVD. No toma medicación habitual.

Historia actual:
Acude al servicio de urgencias, traído por UVI móvil, previa llamada de su mujer, la cual se despierta por ronquido extraño y rigidez. No consigue despertarle.
Cuando abre los ojos, desconectado del medio, bradipsiquico y desorientado, recuperando progresivamente, llegando al hospital asintomático y con Glasgow 15.

Exploración física:
TA: 120/70 FC : 76 lat/min COC, BEG, NH Y NP. Eupneico.
No TC, no IY. No soplos carotideos. AC.R s CsAs. Abdomen blando, depresible.Expl. neurológica, no meningeos, pupilas isocoricas normoreactivas, fotofobia a la exploración de pares oculares. Fuerza y tono conservado en las 4 EE.

Resumen pruebas complementarias:
TC cráneo: no se observan hemorragias intraparenquimatosas.
RNM cerebral, sin hallazgos.
Rx tórax : cardiomegalia sin otros signos de patología cardiopulmonar aguda.
ECG: FA (no conocida) a 85 lpm con infradesnivelación en V5 y V6.

Ecocardio: Alteración segmentaria en DA, función sistolica conservada con datos limite ara hipertofia concéntrica. Dilatación auricular izquierda (leve, en sinusal), y de troncos arteriales (leve). Presión pulmonar estimada normal.

Evolución y comentarios:
Paciente sin antecedentes patológicos, ingresa en UCI, por sospecha de un primer episodio de crisis comicial vc AIT mientras estaba surmiendo, con relajación de esfínter urinario. FA no conocida, con respuesta ventricular controlada, con sospecha de etiología cardioembólica, iniciándose anticoagulación con HBPM.
No se apreciaron lesiones en TC cerebral, ni en RMN cerebral, ni alteraciones metabólicas, pero si elevación de CPK y tpt.
Pendiente de realizar cateterismo cardiaco.

A las 36 horas, sufre PCR intrahospitalaria por IAM anterior. Se realiza RCP avanzada, al monitorizar actividad eléctrica sin pulso.
Se realiza cateterismo urgente, encontrando obstrucción completa de DA y colocando stent en DA proximal.
Se observa enfermedad coronaria de un vaso , DA. Lesión severa en DA PROXIMAL. Milking severo en DA media.
Implante de stent liberador de everolimus directo sobre DA proximal. Sobredilatación proximal con buen resultado.
EKG :RS. Rectificación del ST en cara anterolateral.
El paciente, tiene buena evolución clínica, en ritmo sinusal. Extubado, sin necesidad de aporte de O2. eupneico, ACP normal. Diuresis con balance equilibrado. Tolera dieta y sedestación.

Traslado a planta, y a las 48 horas, alta a domicilio.

4 Discusión-Conclusión

El fenomeno milking coronario, es un hallazgo presente en aproximadamente el 1 % de los pacientes a los que se les realiza una coronariografía.

El impacto o repercusión hemodinámica, depende del grosor, profundidad y longitud del trayecto, asi como de la orientación de la arterias, y cantidad y tipo de fibras musculares.

En ese fenómeno, observamos en una coronariografia una estenosis sistólica que desaparece durante la diástole. Por lo tanto, si en la diástole, observamos una arteria de calibre normal, confirmamos este fenómeno milking.

Afecta casi exclusivamente a la arteria descendente anterior, y fundamentalmente en su segmento medio.

Puede presentarse este fenómeno de forma aislada, o asociada a aterosclerosis coronaria, que se suele localizar generalmente en el segmento inmediatamente proximal al trayecto intramiocardico.

También, se asocia a miocardiopatia hipertrófica. En estas situaciones, el pronostico es peor, con mayor incidencia de angor, arritmias ventriculares y muerte súbita.

De todas formas, las manifestaciones clínicas de este fenómeno, son variables, y dependen , sobre todo del compromiso del flujo coronario.

En la mayoría de los casos, no hay síntomas. Cuando estos aparecen, el principal, es dolor torácico. Y es debido a la compresión de la luz del vaso en sístole, provocando un déficit en la perfusión.

Existe controversia sobre la capacidad del ”milking” para ocasionar isquemia miocárdica.

La capacidad de inducir isquemia se produciría por la presencia de placas de ateroma proximales al ”milking”, relajación diastólica alterada, y compresión sistólica de la luz que provocaría una disminución de la perfusión coronaria.

En el caso presentado, no hay evidencia de que el ”milking” sea el responsable de la PCR por IAM anterior, pero si puede guardar relación. La significación clínica es muy variable .

Un ”milking” severo podría llegar a ocasionar angina en reposo , aunque no hay suficientes datos, para demostrar esta asociación.

Cuando la reducción del calibre del vaso es superior al 80 %, puede haber clara manifestación clínica de isquemia, sobre todo con esfuerzo, pudiendo ocasionar episodios de angor en reposo.

En los casos en los que que el tratamiento medico no es eficaz, se puede plantear la cirugía o angioplastia con implante de stent, aunque no existen en la literatura una muestra grande de pacientes sometidos a ninguno de los dos procedimientos.

La cirugía implica riesgos, debido a la incisión profunda en el miocardio que se debe hacer.

El stent implantado a alta presión, lograría un resultado inmediato desapareciendo la compresión sistólica.

El grado de estenosis sistólica es guarda relación con el pronóstico. A partir de un grado del 75 % de estenosis en el vaso, se puede esperar que el Milking pueda ser sintomático. Sin embargo, a veces el pronostico puede ser independiente del grado de estenosis. Y en la mayoría de los estudios, se demuestra un pronostico bueno a largo plazo.

5 Bibliografía

1.- Alfonso P, Mckenna WJ. Milking in hypertrophic cardiomyopathy. J An Coll Cardios 1999;34 : 949-50.
2.- de Winter RJ, Kok WE, Piek JJ. Coronary atherosclerosis within a myocardial bridge, not a benign condition.Heart 1998 Jul;80: 91-3.

Capítulo 49

ICTUS ISQUÉMICO

DIANA GONZÁLEZ PARRA

1 Introducción

Ictus isquémico.
En accidente cerebrovascular isquémico ,en general, es causado por un coágulo sanguíneo que bloquea o tapa un vaso sanguíneo en el cerebro. Esto evita que la sangre fluya hacia éste órgano. En cuestión de minutos, las células del cerebro comienzan a morir.

El ictus es una enfermedad de muy alta prevalencia e impacto en la sociedad. Puede aparecer a cualquier edad, pero lo hace más frecuentemente en la edad avanzada. Debido al aumento de la esperanza de vida que está siendo ya una realidad y que aumentará previsiblemente en los próximos años, se prevé que su incidencia aumente progresivamente.

Tiene una incidencia de 500 casos por cada 100.000 habitantes. En España, ocurre un caso cada 6 minutos, siendo la primera causa de discapacidad. Además, es la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en la población mundial (10 % de la mortalidad global). En el hombre, constituye la tercera, tras la cardiopatía isquémica y el cáncer de pulmón. Y es la segunda causa de demencia.

El tiempo es primordial es este tipo de emergencia médica, es de horas, según se indica: en el peor de los casos 4,5 horas, y en el mejor de los casos hasta 24 horas (esta suele variar dependiendo de los factores relacionados con el paciente y con el tipo de ictus).

Factores de riesgo por los que pueden sufrir un Ictus isquémico, hipertensión arterial, dislipemia, hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y alcohol de forma continua, edad sexo, sedentarismo, obesidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Diagnosticar lo mas pronto posible ante un problema neurológico.

Objetivos secundarios:
- Aplicar el tratamiento adecuado tan pronto sea posible.
- Evitar posibles secuelas actuando rápido y usando los protocolos establecidos con rigor y rapidez.

3 Caso clínico

Paciente hombre 56 años que es llevado a urgencias por su compañero del trabajo al presentar dificultad para el habla, dificultad motora para deambular,(no es capaz de andar por si solo) debilidad en el hemicuerpo derecho y desviación de la comisura bucal.

Hábitos tóxicos ,fumador de dos paquetes diarios de tabaco y bebedor habitual de 3 a 4 cervezas diarias. La familia refiere haber sido recientemente diagnosticado con dislipemia sin tratamiento farmacológico y ser hipertenso desde hace dos años con tratamiento con capoten 25mg .Sin adhesión al tratamiento referido por la mujer del paciente.

No ha cambiado de estilo de vida y es bastante sedentario solamente realiza ejercicio físico en el trabajo ,ya que trabaja en una fundición.
No sigue dieta de hipertenso o baja en grasas tampoco.

Exploración física;
T.A. 150/68mmHG ,FC 76,FR 19,Saturación de 02 89% sin aporte de 02 por lo que se administra reservorio a 15lpm.

Paciente con nivel de conciencia fluctuante ,desorientado y no colaborador.
Examen neurológico, pupilas medias, reactivas e isocóricas. No coordinación de movimientos ,en el hemicuerpo derecho pérdida de fuerza no obedece ordenes complejas.

Glasgow de 10 al ingreso que va deteriorando hasta 6 por lo que requiere de intubación orotraqueal según protocolo para seguidamente trasladar al paciente al TAC.

Paciente que tras prueba de imagen en TAC presenta un ictus isquémico por trombo en una arteria cerebral, donde se observa oclusión parcial de la misma.

Tras ser valorado el TAC por radiólogo intervencionista se avisa al equipo de neurocríticos de la unidad de cuidados intensivos.
Una vez avisados en UCI se traslada al paciente a sala de arteriografía desde TAC para la realización de una trombectomía mecánica (extirpación intraarterial dirigida por angiografía de un trombo o de un émbolo mediante un dispositivo [stent] es el tratamiento de elección en centros grandes que tratan accidentes cerebrovasculares para pacientes con oclusión reciente de grandes vasos en la circulación anterior, bajo anestesia general).

Una vez el equipo de uci se encuentre en la sala, un médico intensivista más enfermera/o para el control hemodinámico y para controlar la sedación del paciente durante la prueba.

Al principio de la prueba requiere, iniciar perfusión de noradrenalina para mantener una tensión arterial media entre 75-80mmHg y perfusión de propofol al 2 % para mantener al paciente sedado, durante el procedimiento .Además durante la prueba la enfermera de UCI se encargara de administrar de forma puntal bolos de analgesia .

Cuando el procedimiento acaba el radiólogo retira el introductor y se coloca un vendaje compresivo parra evitar sangrado que se mantiene durante 24 horas.

El paciente sube después del procedimiento a UCI donde se añade perfusión de analgesia para mantener la sedación por un par de horas tras las cuales se reducen tanto la sedación como la analgesia y se comienza a despertar al paciente.

Este paciente tolera bien el despertar, muestra buen nivel de conciencia y tras tres horas tras el procedimiento se puede retirar completamente sedación, analgesia y se procede a extubar al paciente se sacan analítica y gases venosos antes y después de la extubación.

También permite la retira de la perfusión de noradrenalina por mantener cifras de tensión arterial media en el rango establecido.
Muestra ligera hemiparesia derecha con afasia que mejora a las 48 horas de in-

greso.

El paciente se va de alta a la unidad de ICTUS con dieta para disfagia, ligera afasia y hemiparesia derecha en miembro superior, más acusada que en inferior que requerirá de fisioterapia.

Tras su paso por unidad de ICTUS requerirá de fisioterapia regular y seguimiento médico adecuado.

4 Discusión-Conclusión

El accidente cerebrovascular isquémico es el resultado de una isquemia cerebral focal asociada a un infarto encefálico permanente.

Sus causas más frecuentes son (en orden decreciente) la oclusión aterotrombótica de arterias grandes; la embolia cerebral (infarto embólico); la oclusión no trombótica de las arterias cerebrales pequeñas y profundas (infarto lacunar) y la estenosis arterial proximal con hipotensión que disminuye el flujo sanguíneo cerebral en las zonas arteriales limítrofes (accidente cerebrovascular hemodinámico).

Su diagnóstico es clínico, pero se realiza una TC o una RM para confirmar la presencia del ACV y su extensión.

El tratamiento trombolítico puede resultar útil si se aplica de forma aguda en algunos pacientes. Según la causa del accidente cerebrovascular, la endarterectomía carotídea o la colocación de una endoprótesis, la administración de antiagregantes plaquetarios o de anticoagulantes pueden ayudar a reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares posteriores.

5 Bibliografía

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al: 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 49 (3):e46–e110, 2018. doi: 10.1161/STR.0000000000000158. Epub 2018 Jan 24.
2. Berkhemer OA, Fransen PSS, Beumer D, et al: A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med 372:11–20, 2015. doi: 10.1056/NEJMoa1411587.

3. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al: Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. N Engl J Med 378 (1):11–21, 2018. doi: 10.1056/NEJMoa1706442. Epub 2017 Nov 11.

Capítulo 50

EL SÍNDROME DEL DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO, IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO.

LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA

ÁLVARO MARTOS BELLIDO

AGUSTIN MORALES RUIZ

1 Introducción

El síndrome del distrés respiratorio agudo (SDRA) se caracteriza por ser una alteración de la estructura y función pulmonar aguda, que es secundaria a la inflamación, ocasionando un edema del pulmón difuso, a consecuencia del aumento de la permeabilidad del capilar pulmonar. El intercambio de gases y la permeabilidad de la membrana se alteran, produciendo edema, hipoxia e hipercapnia, provocando una disminución de la capacidad residual pulmonar. Entre las causas principales que provocan el desarrollo del síndrome del distrés respiratorio nos encontramos con la neumonía y la sepsis.

Es una urgencia médica con alta mortalidad, de mayor frecuencia en críticos con patologías anteriores. Esta se sitúa en torno a un 35%. La incidencia de este síndrome oscila entre los 10-87 casos por cada 100.000, constituyendo un 4% de las hospitalizaciones, 7% de pacientes en UCI y un 16% de los que necesitan ventilación mecánica asistida.

Para el tratamiento lo primordial es eliminar el factor que ocasiona este síndrome, además de conseguir un adecuado transporte de oxígeno y corregir los problemas asociados que se ocasionan en cuanto a la inestabilidad cardiovascular y

perfusión sanguínea. La oxigenoterapia, posición del paciente, óxido nítrico inhalado y corticoides serán los medios de elección para el proceso del tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer los signos y síntomas del distrés respiratorio agudo para realizar un correcto triaje en urgencias, así como su tratamiento principal para mejora de los cuidados.
- Identificar los principales cuidados de enfermería referidos a la clínica.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han acotado estudios en cuanto a tiempo (los últimos 10 años) e idioma (inglés y español). Se ha buscado en diferentes bases de datos como Pubmed, Google académico, sciencedirect, etc sobre este tema en concreto.

4 Resultados

Debido a la gran mortalidad que puede ocasionar el síndrome del distrés respiratorio es esencial hacer un buen triaje en urgencias conociendo su clínica para hacer después un correcto y temprano diagnóstico.
En general aquellos que padecen SDRA presentan una disnea, cianosis, crépitos bilaterales y una dificultad respiratoria que se caracteriza por taquipnea y taquicardia, además del uso forzado de músculos accesorios en la respiración.
Síntomas que deben alertar al personal sanitario de un SDRA:
- Disnea respiratoria.
- Taquipnea e hipoventilación, ya que no se consigue el llenado correcto del pulmón y disminuye el volumen total. En caso de agravarse puede llegar a ocasionar hipoxemia y acidosis respiratoria con la consecuente retención de anhídrido carbónico.
- Aumento del trabajo respiratorio por el uso de musculatura accesoria
- Aleteo nasal, con fruncimiento y mordedura del labio. Dolor agudo.
- Ventilación paradójica, con descoordinación toracoabdominal.
- Ansiedad y agotamiento progresivo, consecuencia del fracaso de la ventilación óptima

- Aumento considerable de la actividad simpática: aumenta la tensión arterial, la sudoración y se produce taquicardia para intentar compensar el aporte deficiente de oxígeno en los tejidos.
- En un estado avanzado: edema periférico e ingurgitación pulmonar.

El tratamiento principal para evitar complicaciones y conseguir una mejoría se basa en farmacoterapia y rehabilitación pulmonar, donde la enfermera desarrolla un papel importante en cuanto a control y prevención.

Tratamiento farmacológico principal:

- Bloqueadores de los canales de calcio.
- Prostanoides.
- Antagonistas de la endotelina.
- Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa.
- Óxido nítrico inhalado.
- Corticoides sistémicos.

La función principal es conseguir una vasodilatación pulmonar con efectos antihipertensivos, además de conseguir una relajación muscular. De esta forma reduciremos la tensión pulmonar y se mejorará la relación ventilación/perfusión.

En cuanto a la rehabilitación pulmonar es esencial para mejorar la profundidad de las respiraciones y evitar las infecciones. Para llevarla a cabo se puede disponer de un incentivador respiratorio.

El ejercicio se basa en inspirar la mayor cantidad posible a través del tubo conectado a una cámara, la cual contiene una pelota que se elevará más a mayor profundidad de la inspiración. Para un correcto funcionamiento este ejercicio se repetirá alrededor de 10 veces por hora, siempre y cuando el paciente esté despierto y no exhausto.

Otro tipo de ejercicio es respirar con los labios parcialmente cerrados, para aumentar la presión en las vías respiratorias y favorecer el intercambio gaseoso evitando así el colapso alveolar. Es mayoritariamente usado antes y después de las operaciones.

En conjunto de la rehabilitación pulmonar se usará la oxigenoterapia y terapia farmacológica, para potenciar los beneficios y favorecer la rápida recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del distrés respiratorio agudo (SDRA) se caracteriza por ser una alteración de la estructura y función pulmonar aguda, que es secundaria a la inflamación, ocasionando un edema del pulmón difuso, a consecuencia del aumento

de la permeabilidad del capilar pulmonar. El intercambio de gases y la permeabilidad de la membrana se alteran, produciendo edema, hipoxia e hipercapnia, provocando una disminución de la capacidad residual pulmonar.

Este síndrome consta de una elevada mortalidad, por lo que identificarlo en urgencias es esencial para la posterior recuperación y tratamiento del paciente.

El tratamiento principal se basa en la farmacoterapia y rehabilitación respiratoria, entre ellos se incluyen fármacos para mejorar la vasodilatación pulmonar y mejora de la relación ventilación/perfusión, además de ejercicios para mejorar la inspiración profunda y aumento de la presión alveolar, todo ello en conjunto con la oxigenoterapia.

6 Bibliografía

1. Papazian L, Aubron C, Brochard L, Chiche JD, Combes A, Dreyfuss D, et al. Formal guidelines: management of acute respiratory distress syndrome. Ann Intensive Care [Internet]. 2019;9(1). Available from: https://doi.org/10.1186/s13613-019-0540-9
2. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al. Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. JAMA - J Am Med Assoc [Internet]. 2016;315(8):788–800. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26903337/
7.
3. Villar J, Blanco J, Añón JM, Santos-Bouza A, Blanch L, Ambrós A, et al. The ALIEN study: Incidence and outcome of acute respiratory distress syndrome in the era of lung protective ventilation. Intensive Care Med [Internet]. 2011;37(12):1932–41. Disponile en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21997128/
4. Salazar Borbón JD, Hidalgo Rodríguez F, Álvarez Aguilar P. Síndrome de distrés respiratorio agudo. 2018. V.9 N.1: 56-64. 4.
5. De Luis Cabezón N, Sánchez Castro I, Bengoetxea Uriarte UX, Rodrigo Casanova MP, García Peña JM, Aguilera Celorrio L. Síndrome de distrés respiratorio agudo: Revisión a propósito de la definición de Berlín. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2014;61(6):319–27. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034935614000747
6. Mouret HUEG, Mendoza RM, López GA, et al. Comparación de criterios de Berlín vs Kigali para diagnóstico del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Med Crit. 2019;33(5):221-232.

Capítulo 51

ESTUDIO ENFERMERO SOBRE EL PACIENTE AHOGADO

JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ

MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ

1 Introducción

Una causa frecuente de muerte accidental es la provocada por los accidentes por inmersión. Representa la primera causa morbilidad y mortalidad, ininten-cionado y previsible, la cual asciende a 500.000 muertes al año en todo el mundo. Afecta hasta un 80% en los varones, destacando especialmente en niños y adultos jóvenes. Su mayor incidencia recae en los meses del año más cálidos, así como en aguas abiertas, sin ningún tipo de vigilancia. Hay que destacar la gran incidencia de fallecimientos de niños menores de 5 años, a causa de breves periodos sin vigi-lancia. Además, se ha observado un incremento de la incidencia, relacionada con la creación de nuevas piscinas privadas y el incremento de deportes acuáticos, así como con el consumo de alcohol y drogas en la adolescencia (1).

Es de vital importancia una actuación inmediata ante un paciente que sufre un cuadro de ahogamiento, pues es fundamental para lograr su supervivencia, así como de evitar complicaciones graves asociadas al incidente. Se estima que el daño irreversible, provocado por la inmersión, se desarrollan entre los 3-10 min-utos, el cual puede verse afectado por la temperatura del agua (2).

La hipotermia puede ser un efecto beneficioso, ya que disminuye el metabolismo cerebral, los requerimientos metabólicos y de oxigeno por parte del corazón, aumentando así el periodo de hipoxia sin lesiones. No obstante, la hipotermia puede complicar el tratamiento, pudiendo provocar la muerte en si misma (1, 3).

2 Objetivos

Objetivo principal
- Conocer los signos y síntomas de un paciente ahogado.

Objetivos secundarios:
- Saber diferenciar entre los distintos tipos de ahogado.
- Exponer la última evidencia científica de actuación sobre el paciente ahogado.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se ha realizado para identificar la literatura actual más relevante sobre el paciente ahogado. La estrategia de búsqueda se realizo en diversas bases de datos, tales como Google Académico, Dialnet y Scielo. Se seleccionaron los artículos escritos únicamente en lengua castellana, pertenecientes a bases científicas de ciencias de la salud.

Se obtuvieron las palabras clave en español, transformando este lenguaje natural, en un lenguaje controlado a través de los términos DeCS. Además, se utilizo los operadores booleanos “Y”, “NO” y “O”.

Las palabras clave utilizadas fueron: accidente por inmersión, casi-ahogamiento, manejo de atención al paciente y enfermería.

4 Resultados

Definición:
Se puede definir al ”ahogado” como la muerte de una persona a causa de la falta de aire por la inmersión en agua u otro liquido, el cual sufre consecuencias típicas de la inmersión en líquidos.

Clasificación:

- Muerte súbita: Situación de parada cardiaca de origen súbito, provocado por la inmersión en un agua con una temperatura por debajo de la temperatura corporal. Presenta una probable relación con el reflejo vaso-vagal.

- Ahogamiento seco o sin aspiración de liquido: Un laringoespasmo, con cierre de glotis, no permite la entrada de líquido, produciéndose entonces una muerte por ausencia de ventilación e hipoxia.

- Ahogamiento húmedo o con aspiración de liquido: Instantes antes de la parada cardiaca, desaparecen los reflejos de la vía aérea, provocando que el agua penetre de manera pasiva a los pulmones.

- Ahogamiento retardado o casi ahogado: Es aquel en el que la victima se recupera inicialmente, presentado insuficiencia respiratoria aguda entre 6 y 24 horas después.

Signos y síntomas:
- Ahogado: Ausencia de respiración (no se produce ni salida, ni entrada de aire por la nariz o la boca) y de ruidos respiratorios, palidez, piel, no hay movimiento toracoabdominal, cianosis, pulso ausente o débil, así como inconsciencia.

- Casi ahogado: Sonido extraños extraños al respirar (ronquido, estridor, sibilancia o gorgoteo) disnea, pulso normal o aumentado, tiraje supraclavicular e intercostal y posible inconsciencia.

Manejo del paciente ahogado:
A. Manejo extrahospitalario: Aunque siempre desarrollamos nuestra actividad profesional en un entorno ideal, dotado de material y personal cualificado, en ocasiones podemos estar ante una situación de ahogamiento en el mismo lugar del accidente. En tales casos se debe tener en cuenta lo siguiente:
- Tener especial precaución con la columna cervical. Si hay duda, inmovilizarla y/o actuar como si estuviese lesionada.
- Extraer posibles cuerpos extraños en la boca o faringe.
- No se recomienda maniobra de Heimlich o de drenaje postural sin evidencia de obstrucción de vía aérea, pues puede provocar vómitos y aspiración, sin por ello mejorar los resultados de la RCP.
- Si se observa una perdida de pulsos mayores, realizar RCP básica.
- Traslado inmediato al hospital mas cercano, sin por ello interrumpir las maniobras de reanimación.

B. Manejo a nivel hospitalario:

1.Interrogar sobre una posible perdida de conciencia previa al ahogamiento: traumatismo, consumo de drogas, epilepsia, cardiopatía isquémica, etc. Ante la duda, manejar al paciente como un traumatismo craneoencefálico, inmovilizando zona cervical con collarín.

2.Exploración física: hay que tener especial atención ante la presencia de lesiones asociadas y potenciales complicaciones, tales como:
- Apnea, disnea, taquipnea y uso de la musculatura accesoria durante la respiración.
- Cuerpo extraño en la vía aérea.
- Traumatismos cervical, órganos o craneoencefálico.
- Hipotensión arterial.
- Arritmias.
- Alteraciones neurológicas: Valorar estado neurológico con escala de Glasgow).

3. Valorar conciencia:
- Si el paciente esta consciente: toma de constantes (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal vía rectal).
Sin dificultad respiratoria: colocar collarín cervical y oxigeno al 100 %.
Con dificultad respiratoria: además se aplicar lo anterior, asegurar la vía aérea con un Guedel.
- Si el paciente esta inconsciente:
Sin parada cardiorrespiratoria: inmovilización cervical, monitorización de constantes, oxigeno al 100 %, apertura de la vía área y extracción de cuerpo extraño si existe (si lesión cervical, maniobra de tracción mandibular).
Con parada cardiorrespiratoria: maniobras de RCP básicas.

4. Pruebas complementarias: el paciente ahogado deber tener un seguimiento de su evolución a través de diversas pruebas complementarias, las cuales pueden indicar posibles alteraciones anatómicas y/o fisiológicas.
- Hemograma: Anemia por hemodilución, leucocitosis de estrés o hemolisis.
- Coagulación: Valor alterado del indicador CID.
- Bioquímica: Posible hiperpotasemia.
- Gasometría arterial: Acidosis metabólica.
- ECG: Arritmias.
- RX de tórax: Neumonitis o edema agudo de pulmón.
- RX de columna vertebral. TAC
- Niveles de fármacos o tóxicos, si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

La muerte por ahogamiento, especialmente en jóvenes y niños, supone un grave problema para la salud publica que podría reducirse en gran medida mediante la prevención.

Las instituciones publicas deberían asumir mayor responsabilidad, destinando recursos para la habilitación de entornos seguros en lugares de ocio acuático, así como formando y contratando personal cualificado, que no solo vigile estos espacios, sino que además sea capaz de responder ante una emergencia de tales características.

A largo plazo, debería considerarse la enseñanza de socorrismo, RCP y seguridad en la población en general, pues no siempre es posible ofrecer personal cualificado para atender a una victima de ahogo.

6 Bibliografía

1. Rodríguez García, A. Manejo inicial del casi ahogamiento e hipotermia por inmersión. Ene [Internet], 8 (1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2014000100003&script=sci_arttext&tlng=en
2. Gonzales Hernández, J. Ahogamiento y lesiones en el buceo. Complejo hospitalario de Toledo [Internet]. Disponible en: http://www.sensaciones.org/medibuceo/medicina_y_buceo_25.htm
3. Albelairas Gomez, C. El ahogamiento: epidemiologia, prevención, fisiopatología, reanimación de la victima ahogada y tratamiento hospitalario. Emergencias 2019; 31: 270-280.
4. Camacho Dávila, D. Manejo prehospitalario del casi ahogamiento por sumersión en pacientes adultos. Carrera de atención prehospitalaria y en emergencias.

Capítulo 52

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA

LUCÍA LUNA LASTRES

MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA

1 Introducción

La ventilación mecánica se puede definir como una técnica, que ayuda de forma artificial a la respiración del paciente. Para conseguir esto se introducen gases en la vía aérea por medio de un sistema mecánico externo, que es lo que se conoce como ventilador.

El ventilador provoca una presión de forma intermitente en la vía aérea, insuflando un volumen de aire, en un tiempo previamente programado y con una frecuencia definida, supliendo la fase activa de la respiración.

Esta técnica tiene como principal objetivo ayudar al paciente a respirar en mayor o menor medida en función de su situación clínica y de su capacidad. Es importante reseñar que no sustituye la respiración del paciente, la complementa.

La ventilación mecánica se utiliza cuando el paciente es incapaz de mantener por sí mismo un intercambio gaseoso adecuado. Sus principales indicaciones son: insuficiencia respiratoria. Alteraciones neurológicas: hipertensión intracraneal, status epilépticos. Alteraciones circulatorias: parada cardio- respiratoria, shock, insuficiencia cardiaca grave. Otras: postoperatorio de cirugía mayor, necesidad de sedación profunda.

Sus principales objetivos se pueden resumir en: disminuir o sustituir el trabajo respiratorio. Mantener el intercambio gaseoso.
La ventilación mecánica se puede clasificar en función del tipo de presión que el ventilador haga en el pulmón: ventilación con presión negativa, se consigue el intercambio gaseoso al crear una presión negativa dentro del tórax, entrando el aire al pulmón. Es más fisiológica, y hace posible que el paciente hable o se alimente por boca. Por contra es menos efectiva y cuenta con menos modalidades. Es el inicio de la ventilación mecánica que conocemos hoy día. Está en desuso
Por otro lado, tenemos los ventiladores que generan una presión positiva, crean una presión externa que hace entre el aire al pulmón. Este tipo es más electivo y presenta varias modalidades. Las principales desventajas que tiene, es que más invasiva, y, por tanto, más riesgos para la persona. Es la de elección hoy día.
Dentro de la ventilación mecánica con presión positiva tenemos dos modalidades, la ventilación mecánica no invasiva y la ventilación mecánica invasiva. (1),(2)
Tanto en la ventilación mecánica no invasiva como en la invasiva, el éxito de la terapia y la prevención de la aparición de complicaciones asociadas a ella pasan por unos Cuidados de Enfermería adecuados y de calidad.

2 Objetivos

- Dar a conocer los tipos de ventilación mecánica con presión positiva que existen.
- Desarrollar los principales Cuidados de Enfermería relacionados con ambos modos ventilatorios.
- Prevenir las principales complicaciones asociadas a cada terapia.

3 Metodología

Para elaborar este artículo se ha realizado una investigación y búsqueda bibliográfica de trabajos científicos y guías de práctica clínica relacionadas con la ventilación mecánica. Utilizando bases de datos como: Google Scholar, Lilacs y PubMed. Los criterios de exclusión tenidos han sido trabajos anteriores al año 2010 e idioma que no sea el español. Las palabras clave usadas han sido, ventilación mecánica, cuidados enfermería, complicaciones asociadas a la ventilación mecánica.

4 Resultados

Atendiendo a las guías de práctica clínica y a los artículos consultados, se puede definir ventilación mecánica no invasiva a aquella que da un soporte respiratorio sin necesidad de crear una vía aérea artificial mediante intubación. Su principal objetivo es procurar disminuir el trabajo respiratorio del paciente y mejorar su intercambio gaseoso.

Entre los beneficios se puede destacar que ayuda que descanse la musculatura respiratoria del paciente. Aumenta la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas. Evitando el riesgo de la neumonía asociada a la ventilación mecánica y disminuye la necesidad de sedación del paciente.

Para instaurar esta terapia se necesita: mascarilla o interfase, que puede ser de varios tipos en función de las necesidades y características físicas, se elegirá la que permita mayor autonomía, confort y la que permita un sellado correcto con la menor presión posible. Sistema de sujeción. Tubuladuras. Filtro. Respiradores. Humidificadores.

Dentro de este tipo de ventilación se distinguen dos modos ventilatorios, que son: CPAP, se basa en aplicar una presión positiva continua y constante en la vía aérea durante todo el ciclo respiratorio. Y la BPAP, que administra dos niveles de presión (IPAP durante la inspiración, y EPAP durante la espiración).

En el éxito de la instauración de esta terapia interviene múltiples factores, destacando los cuidados brindados por Enfermería. Éstos se pueden dividir en dos:

Antes de iniciar la terapia con el montaje y comprobación del respirador. Selección de la interfase y el arnés adecuados, en función de las características del paciente y las necesidades de la modalidad ventilatoria. Explicarle al paciente en que consiste la técnica, complicaciones asociadas y cómo prevenirlas.

Durante la terapia: colocar la interfase de forma suave, garantizar la permeabilidad vía aérea. Vigilar puntos de apoyo para prevenir las úlceras por presión, estableciendo descansos, protegiendo zona de apoyo. Vigilar adaptación a la terapia, monitorización de constantes. Vigilar la aparición de complicaciones como: desadaptación a la terapia, distensión abdominal, dolor, úlceras, conjuntivitis.

Por otro hablamos de ventilación mecánica invasiva cuando se tiene que ”crear” una vía aérea artificial a través de una cánula o tubo colocado en la tráquea o nariz del paciente por donde se introducirá la mezcla de gases con ayuda de un respirador.

Una de las principales diferencias entre este tipo de ventilación y la no invasiva, es que en ésta el paciente tiene que estar sedado para poder instaurarla.

El material necesario para instaurarla también es diferente, principalmente se

necesita material para intubar al paciente, medicación para procurar una adecuada sedación, respirador, tubuladuras, sistema de aspiración, resucitador manual, humidificador y capnógrafo. Existen diferentes tipos de modos ventilatorios en función de las necesidades del paciente, lo más común es que esto se encargue el facultativo.

Los cuidados de enfermería antes de instaurar la terapia se pueden resumir en: comprobar que está todo el material y que éste este en buen estado. Comprobar que el respirador este calibrado. El paciente debe de estar monitorizado. Chequear que el sistema de aspiración funcione adecuadamente.

Los cuidados durante la terapia son primordiales, ya que de ellos va a depender que no aparezcan o que aparezcan en un porcentaje muy pequeño las complicaciones asociadas a este tipo de técnica.

Entre ellos cabe destacar: evitar la desconexión del paciente y el sistema. Realizar aspiración de secreciones utilizando técnica estéril, siempre que sea necesario. Las últimas recomendaciones desaconsejan la aspiración sistemática, ya que se ha demostrado que provoca irritación de la vía aérea y mayor producción de moco. Es importante realizar una pre oxigenación previa del paciente con un resucitador conectado a oxígeno. Es preferible utilizar un sistema de aspiración cerrado al abierto, si es posible.

Proporcionar una higiene oral adecuada cada 8 horas con clorhexidina al 0.12%. Cambiar tubuladuras siempre que contengan restos biológicos. Rellenar la cámara de humidificación con agua estéril. Evitar la condensación (control de la temperatura de humidificación) y vaciar las tubuladuras.

Comprobar y anotar cambios en los parámetros del respirador. Para evaluar si son o no eficaces. Disminuir el riesgo de microaspiraciones: evitar plenitud gástrica. Mantener la cama entre 30º-45º, siempre que sea posible.

Aunque los parámetros en este tipo de ventilación los programe y controle el Facultativo, la Enfermera debe de conocer las principales alarmas que pueden indicar que el paciente no está adaptado a la terapia, o que no está siendo todo lo efectiva que se desea.

Por este motivo es importante conocer las alarmas que pueden dar pistas de que esto está ocurriendo. La alarma de presión alta nos puede indicar que hay obstrucción o acodamiento en el tubo o tubuladura, la presión baja nos indica que el paciente está desconectado del respirador o posible fuga. Si la alarma es por volumen minuto alto, el paciente no está adaptado al respirador o tiene un nivel de sedación bajo.

La principal complicación asociadas a esta terapia es la neumonía asociada a la ventilación mecánica, es la más común y la que se puede prevenir o minimizar

su aparición con unos cuidados adecuados, realizando una higiene de manos adecuados, realizando las aspiraciones de forma estéril y sí se precisa. Comprobar la presión del neumotaponamiento, sí lo hay. Procurar mantener el cabecero elevado 30ºC.
Otras complicaciones son: la extubación accidental, para prevenirla se recomienda marcar donde está el tubo, fijación adecuada, comprobar la presión del neumotaponamiento en unos 20cm de agua. Sí es posible realizar la aspiración entre dos profesionales, uno que realice la técnica y otro que asegure la posición del tubo.
La posible aparición de barotrauma, para prevenirla es importante controlar la presión pico que ejerce el respirador, que el paciente este adaptado a la terapia, evitar que haya secreciones en el tubo.
Las úlceras por presión es otra complicación que también se puede evitar con unos cuidados adecuados, para ello debe de procurar almohadillar la zona dónde descansa el tubo, realizar rotación de la misma. Cambiar el almohadillado cuando deje de ser eficaz, realizar cambios posturales.
Para finalizar, y no menos importante, se recomienda tener un control de las constantes del paciente, así como un registro del número de tubo usado, veces que se realiza aspiración, aspecto de las secreciones, adaptación del paciente a las aspiraciones, necesidad de sedación previa a la aspiración y si han aparecido alarmas. (2),(3),(4).

5 Discusión-Conclusión

- La ventilación mecánica no invasiva en la actualidad es de elección siempre que sea posible, ya que como se ha expuesto presenta mú ltiples ventajas respecto a la ventilación mecánica invasiva. Aplicación inmediata, no necesidad de sedación. Mas fácil de retirar e instarurar. Complicaciones menores.
- El éxito y la presencia o no de complicaciones depende en gran medida de las características de los pacientes y su proceso de base, tener accesibilidad al material adecuado, así como experiencia y buen adiestramiento del personal que maneje la técnica.
- Los Cuidados de Enfermería son vitales para una adecuada instauración de este tipo de terapia, así como para prevenir o minimizar las complicaciones asociadas a ellas. Para que estos cuidados sean de calidad el personal debe conocer el aparataje y los cuidados asociados a ellos.

6 Bibliografía

1. Álvarez M, Guamán SA, Quiñonez JV. Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Cambios rev. méd.2019;18(1):96-110
2. Guía práctica de Enfermería en el paciente crítico. 2ª edición. Generalitat Valenciana
2016 Marta Raurell Torredà. Sociedad Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). ISBN: 978-84-608-8757-7.
3. Grupo de trabajo de respiratorio y técnicas de ventilación del Rosario E, García Covisa N, Alonso Iñigo JM, Llagunes J Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Protocolo de ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
4. Neumonía Zero, 2ª edición, 2021. Publicado por el Ministerio de Sanidad. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades coronarias (SEEIUC) han coordinado con otras Sociedades científicas la actualización del Protocolo del Proyecto "Neumonía Zero" en España.

Capítulo 53

MUESTRA DE SUCESO CLÍNICO POR ENFERMERÍA DE POLINEUROPATÍA AGUDA EN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

MARIO CURIEL BALTASAR

CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN

INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO

1 Introducción

El Síndrome de Guillain-Barré es considerada y establecida como una polineuropatía aguda, desmielinizante, inflamatoria y autoinmune. Se caracteriza e identifica por una debilidad muscular en modo ascendente, bilateral con una cierta afectación sensorial, aunque más leve e invalidación de los reflejos osteotendinosos profundos. Su incidencia a nivel mundial es baja, las cifras oscilan entre 1 a 3 sucesos por cada 100.000 individuos.

Su etiología describe una infección muy fútil semanas antes, así como en otros sucesos una cirugía o una vacunación. Los patógenos más frecuentes son Campylobacter jejuni, virus entéricos, herpes virus y micoplasma. Las claves de su diagnóstico son la clínica acompañada de una exploración física simultáneo con

estudio electrofisiológico que demuestre enlentecimiento en la velocidad de conducción, así como desmielinización. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra una disociación albuminó citológica (hiperproteinorraquia sin pleocitosis).
Una vez efectuado el diagnóstico el enfermo debe ser monitorizado rigurosamente en una unidad hospitalaria. El tratamiento inicial es la inmunoglobulina intravenosa a dosis de 2 g/kg y si esta terapia fracasa o está contraindicada la alternativa es la plasmaféresis con el fin de eliminar los autoanticuerpos.
Concurren trastornos electrolíticos concernientes con enfermedades neurológicas como ocurre con la secreción inadecuada de la hormona antidiurética (ADH), asimismo, distinguida como vasopresina, en el contexto del Guillain Barré.
Se trata de una asociación poco frecuente y que solo está descrita y referida a partir de sucesos clínicos.
Su etiología es desconocida alcanzando a deberse a fenómenos independientes de la acción y labor de la vasopresina como podría ser la larga duración del estado de hipo osmolaridad o debido a la acción de sustancias con efecto antidiurético, pero, asimismo, puede deberse al incremento de la sensibilidad del túbulo renal a la acción de la vasopresina. En cualquier suceso, parece ser que la hiponatremia en el caso de Síndrome de Guillain-Barré otorga un peor pronóstico a la patología incluso puede tratarse de un factor predictor independiente de mortalidad.
El pico de mayor hiponatremia suele corresponder con el desarrollo de fallo respiratorio y requerimiento de ventilación mecánica, dado que la hiponatremia favorece la depresión del centro respiratorio.

2 Objetivos

- Dar los datos para saber diferenciar la hiponatremia de la pseudo hiponatremia ocasionada por el tratamiento con inmunoglobulinas.
- Demostrar la analogía de la secreción inadecuada de ADH con el síndrome de Guillain-Barré y el mal pronóstico de la patología cuando se asocia la hiponatremia.

3 Caso clínico

Paciente de 83 años, refiere ser independiente para las actividades básicas en la vida diaria. Convive con su hermana de 90 años de la que nos dice que es su cuidador principal. Ostenta: NAMC, HTA, diagnóstico de adenoma de próstata, posee reflujo gastroesofágico, divertículos de sigma, hepatitis B, no recuerda

fecha, pero refiere que lo paso de joven. Esplenectomía debida a linfoma esplénico en 2010, colecistectomía secundaria a una colelitiasis en 2011 y hernioplastia inguinal derecha de urgencia por hernia incarcerada en mayo de 2021.
Tratamiento crónico: Duodart 0,5/4 mg; Disgren 300 mg; Omeprazol 20 mg y Enalapril 5 mg;
El enfermo concurre a consulta por fiebre de una semana de evolución en agosto de 2021 sin clínica coligada salvo un dolor de espalda, durante su tiempo de estancia en el servicio de Urgencias la exploración y pruebas complementarias se hallan dentro de la normalidad y allí se mantiene afebril por lo que se requiere prueba de PCR para coronavirus y se indica aislamiento domiciliario.
Un mes después concurre a su Médico de familia en AP por pérdida de sensibilidad en la pierna izquierda y por decadencia de la deambulación precisando ayuda de 2 bastones para poder caminar, se deriva a urgencias donde se constata la pérdida de fuerza en sendos MMII. Ingresa para su estudio, a los dos días presenta exponencialmente un menoscabo y empeoramiento motor y arreflexia global. En RNM cráneo medular se sospecha una polineuropatía aguda. En la punción lumbar se objetiva proteinorraquia leve y el electromiograma es compatible con una polirradiculoneuritis desmielinizante inflamatoria. Ante este diagnóstico se instruye tratamiento con Inmunoglobulinas intravenosas.
Tras finiquitar el tratamiento con IGS ostenta paresia facial izquierda e incremento de la somnolencia, en la analítica acentúa una hiponatremia de 119 mmol/l con una osmolaridad de 260 mOsm/kg. Se alecciona corrección con restricción hídrica 500cc/24 horas y suero hipertónico. Ante la ausencia de mejoría se decide efectuar plasmaféresis con el riesgo que supone y conlleva al efectuar una corrección rápida de la hiponatremia dando lugar y opción a una mielinolisis central pontina.
Se efectúan en total unas 10 sesiones de plasmaféresis y se decide y coordina la derivación a un hospital de larga estancia para así poder completar la recuperación, al alta ostenta un valor de Na+ de 130 mmol/l. Tras varios días con evidente estabilidad inicia de nuevo empeoramiento con paresia de miembros superiores e incremento de la disnea por lo que se deriva de nuevo para plasmaféresis no logrando llegar a efectuarse debido al cuadro exponencialmente creciente de insuficiencia respiratoria que concluye con el exitus del enfermo en pocas horas.

4 Discusión-Conclusión

En la exposición de este caso la conclusión a la que se llega y en opinión es que parece establecerse una analogía clara entre el Síndrome de Guillain- Barré y la hiponatremia por el Síndrome de Secreción Inconveniente de ADH logrando establecerse el diagnóstico diferencial con la pseudo hiponatremia secundaria al pautado tratamiento con inmunoglobulinas. El trastorno hidroelectrolítico supuso un agravamiento del enfermo y un condicionante a la hora de plantear el tratamiento con la plasmaféresis por el riesgo de mielinolisis pontina por la rápida corrección de la hiponatremia.
Por todo lo comentado anteriormente destaca la relevancia de los controles hidroelectrolíticos en el Síndrome de Guillain-Barré, en concreto los niveles de sodio debido a su analogía con el mal pronóstico del cuadro.

5 Bibliografía

1. Clifford R. History of British Neurology. 1a ed. Imperial College Press; 2012.
2. Guillain Barré & Associated Inflammatory Neuropathies, 2010. (Accesed 28 diciembre, 2015 at http://www.gaincharity.org.uk/history-of-gbs/info_71.html).
3. Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. Lancet Neurol 2008;7:939-50.
4. García Ramos GS, Cacho Díaz B. Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Diagnóstico diferencial. Rev Mex Neuroci 2005;6(5):448-454.
5. McGrogan A, Gemma C, MHelen Seaman, ME. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide. Neuroepidemiology 2009;32:150-163.
6. K. Rumalla, A.Y. Reddy, V. Letchuman, M.K. Mittal. Hyponatremia in Guillain-Barré syndrome. J Clin Neuromuscul Dis, 18 (2017), pp. 207-217 http://dx.doi.org/10.1097/CND.0000000000000157 Medline.
7. K. Saifudheen, J. Jose, V.A. Gafoor, M. Musthafa. Guillain-Barré syndrome and SIADH. Neurology, 76 (2011), pp. 701-704 http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e31820d8b40 Medline.

Capítulo 54

MUESTRA POR ENFERMERÍA DE UN CASO EN SÍNDROME DE KOUNIS

CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY

MARIO CURIEL BALTASAR

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN

INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO

1 Introducción

El Síndrome de Kounis fue descrito en el año 1991 por Kounis y Zavras como el surgimiento simultáneo de eventos y sucesos coronarios agudos y reacciones alérgicas anafilácticas o anafilactoides. Se ha descrito en analogía con picaduras de insectos, ingesta de fármacos y alimentos y exposiciones ambientales.
Es especialmente en el contexto clínico que se establece en objetivar síntomas y signos sugestivos de una reacción aguda alérgica y un incidente coronario agudo coetáneos en el tiempo. El enfermo presentará un síndrome coronario que puede concebir su aparición en modo de incomodidad general, dolor torácico de particularidades anginosas, cortejo vegetativo y a la par síntomas típicos de una reacción anafiláctica: hipotensión en el argumento de contacto con alérgeno distinguido, síntomas cutáneos (rash, urticaria, angioedema) , respiratorios (disnea, disfonía, sibilancias, estridor) y / o digestivos (dolor abdominal, náuseas, vómitos).

El síndrome coronario contiene angina inestable, con o sin datos de un vasoespasmo y/o infarto agudo de miocardio, que se acompaña de ciertas variaciones electrocardiográficas y/o una elevación de las enzimas cardiacas.
Exponemos en este caso clínico la situación de un enfermo de masculino de 63 años de edad que presentó un síndrome coronario agudo concerniente con una urticaria, analizando posteriormente las opciones terapéuticas y las particularidades que presenta el Síndrome de Kounis.

2 Objetivos

Exponer y actualizar el manejo tanto diagnóstico como el terapéutico por parte del personal enfermero en desde la visión de un caso clínico del Síndrome de Kounis.

3 Caso clínico

Paciente de 62 años, fumador 25 cigarrillos/ día, obesidad, refiere no ejecutar ninguna actividad física, SAOS con CPAP nocturna e hipertrofia benigna de próstata.
Se le efectúa la anamnesis para una correcta historia clínica
Sospecha de alergia a amoxicilina, azitromicina y diclofenaco (no contrastadas, no estudiadas).
Acude al Centro de Salud porque refiere desde hace varios días que ostenta reacción alérgica en tórax y cara consistente en exantema pruriginoso que no cede con tratamiento de Ebastina 20 mg vía oral. El resto de la exploración física se halla dentro de la normalidad. El Facultativo de Atención Primaria pone de administración de inicio 5 mg de dexclorfeniramina y 60 mg de metilprednisolona intramuscular.
Durante la exploración el enfermo refiere de dolor precordial opresivo irradiado a hemitórax izquierdo y cuello, de intensidad 4 sobre 10 con clínica vegetativa acólita. Se le efectúa un EKG objetivándose elevación del ST de 2mm en cara inferior (II, III y aVF) con infradesnivelación en V1-V3, I y aVL, por lo cual se avisa a ambulancia medicalizada de Soporte Vital Avanzado.
El facultativo de la ambulancia ante los hallazgos clínicos y EKG, procede a hablar con el hemo dinamista de guardia y así poder activar un código de infarto. Siendo en iniciación aceptado para ejecución de cateterismo.
Se apuesta por tratamiento con aspirina 300 mg , Prasugrel 60 mg vía oral, Ranitidina 50 mg y una perfusión de solinitrina intravenosa.

Clínicamente, el enfermo mejora del dolor (intensidad 1/10) y del eritema, por lo que se ejecuta nuevo EKG en el que se observa que se ha normalizado totalmente el ST. A la vista de la evolución del enfermo, se contacta nuevamente con el hemo dinamista de guardia, quien finalmente decide que sea trasladado a la UCI hospitalaria para ejecutar cateterismo de manera diferida. El enfermo llega a la UCI asintomático.

En analítica ejecutada se observa elevación de Troponinas US de hasta 190ng/ml (Negativo < 14 ng/ml). A las 48 horas se le ejecuta cateterismo que resulta normal (arterias coronarias ectasias, sin lesiones angiográficas significativas).

En Ecocardiograma: AI dilatada. VI no dilatado con FEVI conservada y sin alteraciones segmentarias.

No valvulopatía izquierda significativa.

Dada la probable correspondencia del cuadro con la presencia de urticaria, es valorado y examinado por Alergología precedentemente del alta hospitalaria, sin evidenciarse sensibilización a alérgenos comunes. Al alta es remitido a consultas de Alergología donde se le ejecuta estudio alergológico completo que resulta negativo, siendo diagnosticado de Urticaria recidivante leve idiopática.

En su tratamiento hay que reflexionar por un lado el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) y por otro el de la anafilaxia, uno y otro con una serie de particularidades.

Así, para el tratamiento del síndrome coronario agudo podemos considerar:

1. AAS: Por una parte, beneficia en el S.C.A, pero potencialmente podría desmejorar la anafilaxia (potencial alergeno, igual que resto de antiagregantes). Sería razonable administrarlo en una Unidad de CI.
2. Nitroglicerina: puede causar hipotensión y taquicardia; puede complicar la anafilaxia. Razonable utilizarse si no hay hipotensión.
3. En enfermos con anafilaxia más hipotensión y tomadores previamente de betabloqueantes precedentemente se puede dar:

GLUCAGÓN.

4. Antagonistas del calcio: De primera línea en angina inestable y en el Síndrome de Kounis.
5. Morfina: puede agravar la reacción alérgica. Si es preciso analgesia mejor FENTANILO (más seguro).
6. Oxígeno: indicado en saturaciones menores del 90% en S.C.A y en el Shock anafiláctico.

- Por otro lado, para el tratamiento de la anafilaxia, debemos tener en cuenta los siguientes fármacos:

1. Adrenalina: Puede agravar la isquemia coronaria, prolongar el espacio QT,

inducir espasmo coronario y arritmias. Son preciso s más estudios precedentemente de poder hacer una recomendación en firme para su uso.
2. Bloqueantes H1: encomendado la dexclorfeniramina.
3. Bloqueantes H2: encomendados.
4. Corticoides: logran ser seguros en el Síndrome de Kounis.
5. Reposición de volumen: con monitorización hemodinámica.
En resumen, podemos extraer las siguientes conclusiones:
– El tratamiento de la reacción alérgica puede ser suficiente en el tipo I
(sin patología coronaria) pero en el II (con patología coronaria) es obligatorio, también, el del síndrome coronario agudo, mediante dilatación de las arterias coronarias.
– Los fármacos vasodilatadores, comprendidos están los nitratos y antagonistas del calcio, estos deben ser considerados de primera línea.
– Algunos autores proponen ejecutar una medición sistemática de troponina en enfermos que ostentan reacciones alérgicas agudas, con la finalidad de detectar el posible daño cardíaco.
– Los fármacos beta-lactámicos y AINES son los que de modo más frecuente desencadenan este síndrome

4 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en la exposición del caso en nuestra opinión es esencial la historia clínica es fundamental para poder obtener una relación causa-efecto temporal con el potencial desencadenante. En este sentido debemos recoger asimismo de los datos habituales, los posibles antecedentes alergológicos (viable alergia a látex-frutas, alergias medicamentosas previas, y circunstancias como picaduras de insectos o la ingesta reciente de fármacos que puedan pasar inadvertidos como AINES).
Se desconoce su incidencia real ya que la mayoría de la información proviene de casos clínico o pequeñas series. Es un cuadro que probablemente esté infradiagnosticado, y habría que considerarlo dentro del diagnóstico diferencial del dolor torácico y del shock cardiogénico.
Se requieren más estudios para conocer mejor su epidemiología, características clínicas y diagnóstico, así como para definir mejor las medidas preventivas y terapéuticas.

5 Bibliografía

1. P. Rico Cepeda, E. Palencia Herrejón y M.M. Rodríguez Aguirregabiria. Síndrome de Kounis. Med Intensiva. 2012; 36(5):358.
2. Francisco J. Garcipérez de Vargas, Javier Mendoza,Pablo Sánchez- Calderón, Carolina Ortiz, Rosa Porro y María V. Mogollón-Jiménez. Shock cardiogénico secundario a síndrome de Kounis tipo II inducido por metamizol. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(12):1134–1142.
3. Nicholas G. Kounis, George D. Soufras, Kounis syndrome: A primary cause for the anaphylatic shock. Cardiology Journal 2014, Vol. 21, No. 1, pp. 102-103.
4. Nicholas G. Kounis1, Ioanna Koniari, George D. Soufras, Grigorios Tsigkas. Kounis syndrome: An additional etiologic factor of myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries. Cardiology Journal 2018, Vol. 25, No. 5, 648 – 649.
5. Abdelghany M, Shah S, Subedi R, et al. Kounis syndrome: A review article on epidemiology, diagnostic findings, management and complications of allergic acute coronary syndrome. Int J Cardiol. 2017.

Capítulo 55

ENFERMERÍA MUESTRA Y CARACTERÍSTICAS EN LACTANTES AFECTADOS CON BRONQUIOLITIS

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARIO CURIEL BALTASAR

CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY

SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN

INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO

1 Introducción

La Bronquiolitis es una patología que, por su elevada frecuencia, merece mención, ya que, aunque hoy en día se disponen de mecanismos para resolverla, ocasiona importantes problemas de salud en los recién nacidos, temporales, precisando ingreso en muchas ocasiones, con el trastorno y preocupación que supone para las familias, también del gasto sanitario que provoca.

La Bronquiolitis es una patología originada, en la mayoría de los casos, por el Virus Respiratorio Sincitial, VRS. Se trata de una patología pulmonar, que afecta a las estructuras más pequeñas de la vía aérea, provocando su inflamación y obstrucción.

Se desarrolla en los menores de 1 año, sobre todo en aquellos que tiene condicionantes de riesgo, entre los que se encuentran: tener menos de un mes de

edad, haber nacido prematuro y/o con bajo peso, presentar patologías previas, ya sean que el enfermo esté inmunodeprimido, sea cardiópata o tenga patología pulmonar y el hecho de estar en un ambiente epidémico o cerca de personas fumadoras.
A todo esto, hay que añadir que esta patología se produce en los meses fríos, sobre todo entre noviembre y febrero, provocando manifestaciones clínicas respiratorias en el recién nacido.
Al hablar de sus repercusiones, hay que señalar que, en los países en vías de desarrollo, se discurre la segunda causa de muerte en los menores de 1 año de vida, mientras que, en los países desarrollados, la mortalidad es extremadamente baja, gracias a los avances tecnológicos conseguidos y a la formación de los profesionales sanitarios, también, esta mortalidad, suele ir unida a patología previa del enfermo. Sin embargo, no debemos dejan de nombrar que sigue considerándose la principal causa de ingreso en menores de 2 años.
Las manifestaciones clínicas ostentan muchos niveles de diferenciación, pero todas con patología respiratoria, desde un cuadro catarral leve, hasta una afectación respiratoria que comprometa la vida del enfermo.
La formación, a la población y, en mayor medida, a los padres o tutores, es imprescindible ante esta patología, ya que nos encontramos ante una patología evitable, y, con las medidas preventivas del lavado de manos o el distanciamiento del lactante de los ambientes epidémicos, se podría llegar a dominar en casi su totalidad, sino por completo. Cabe destacar otro dato, en muchas ocasiones desconocido para la población, en general y es que, las secreciones que son expectoradas involuntariamente por el adulto se quedan en las manos y en los fómites durante 6 horas, eliminándose con el correcto lavado de manos, con agua y jabón, y la posterior aplicación de gel alcohólico, para, de este modo, evitar la transmisión.
En último lugar hay que añadir que, normalmente, el pronóstico es muy bueno, y los enfermos evolucionan favorablemente en muy poco tiempo.

2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento y actualizaciones de la bronquiolitis y estrategias de prevención e intervención por parte del personal enfermero.

3 Metodología

Revisión Bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Cochrane, Fisterra y Medline. Para conseguir llegar a esta revisión bibliográfica, se hizo una búsqueda

exhaustiva con el empleo de los siguientes términos “Bronquiolitis”, “prevención Bronquiolitis” y “newborn” en la búsqueda Bibliográfica, centrálizando, especialmente, en 7 artículos.

4 Resultados

La Bronquiolitis es una patología evitable, de alta incidencia, que afecta principalmente a los menores de 2 años, provocando numerosos problemas de morbimortalidad en estos enfermos, lo cual conlleva no solo serios problemas de salud, sino también una afectación emocional al entorno del enfermo y un gran gasto sanitario.

Esta problemática se repite de forma anual, ya que, como se comentó con anterioridad, va rigurosamente ligada a la climatología, se puede precisar como completamente estacional, ya que los casos en período estival son prácticamente inexistentes.

Por todos estos motivos, las instrucciones a los cuidadores, e igualmente, al resto de la población en general, acerca de las medidas de prevención, podría evitar, en la mayoría de las ocasiones, llegar a esta situación o, incluso, reducir la sintomatología del enfermo.

Del mismo modo, ya se ha demostrado, que, durante el año 2021, y gracias al correcto uso de las mascarillas, no hay prácticamente ningún caso de Bronquiolitis a nivel Nacional. Esto no hace más que reafirmar la idea de que, mediante una correcta prevención y, en resultado, formación al núcleo familiar, la Bronquiolitis se puede llegar a evitar.

Las consecuencias de esta patología pueden ser funestas, de ahí su extrema relevancia, ya que podría llegar a implicar un ingreso hospitalario, incluso el enfermo, que no debemos olvidar que sería un enfermo en edad lactante, podría incluso llegar a hacer falta el uso de un respirador, tanto en modalidad de no invasiva como de invasiva. Este es el origen a partir del cual el gasto sanitario se dispararía encarecidamente, ya que requeriría un ingreso en UCI.

Vistas todas estas características reseñables que posee dicha patología, no es de extrañar la carga emocional que sobrelleva para la familia.

Los objetivos de la atención a la bronquiolitis son:

- Disminuir la incidencia de casos mediante formación a la población, en general.
- Reducir la sintomatología y disconfort del enfermo.
- Reducir el tiempo de ingreso del recién nacido.
- Formar a la población en el correcto lavado de manos.

Para ello se enumeran las siguientes estrategias:

- Aplicar medidas de prevención, como la vacunación con Palivizumad.
- Concienciar en los condicionantes de riesgo evitables, a la ciudadanía.
- Formar a los Profesionales Sanitarios, para que puedan impartir una correcta Educación para la Salud.
- Detectar precozmente sintomatología compatible con la patología.

5 Discusión-Conclusión

La Educación para la Salud en nuestra opinión obtiene un papel primordial ante este problema, ya que, solo con el mero hecho de que los cuidadores sean conscientes de cómo evitarla, se conseguiría reducir mucho.
En conclusión, los Profesionales Sanitarios tienen un papel fundamental, ya que es doble. En primer lugar, han de instruir correctamente al entorno de los lactantes, para intentar disminuir la incidencia de la patología y, en segundo lugar, deben controlar perfectamente, el correcto manejo del enfermo una vez ya enfermo, ya sea en la Unidad de Hospitalización o colaborando con los cuidadores si la gravedad es menor y se encuentra en el domicilio, realizando un buen seguimiento y una exhaustiva formación.

6 Bibliografía

1. Orejón de Luna G., Fernández Rodríguez M.. Bronquiolitis aguda. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Mar 05] ; 14(Suppl 22): 45-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200006&lng=es.
https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200006.
2. Bronquiolitis. Medlineplus. 2020.
3. Bronchiolitis. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5ª Edición. 2020.
4. Bathia R. MD. Phoenix Children´s Hospital. Bronquiolitis. 2018.
5. Penín Antón M. Coordinadora del Grupo de Pediatría de NeumoMadrid. Hospital Príncipe de Asturias. Bronquiolitis aguda.
6. FAROS. Sant Joao De DÉU. Prevenir y tratar la Bronquiolitis en los niños. 2019.
7. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Guía de práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. 2019.

Capítulo 56

LA IMPORTANCIA DE SABER RECONOCER UN ICTUS POR ENFERMERÍA

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

CARLOS PALACIO MORALES

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el ictus como "síndrome clínico presumiblemente de origen vascular, que se determina por el desarrollo brusco y rápido de los signos de afectación neurológica focal y algunas veces global y que dura más de 24 horas, dejan secuelas e incluso llevan a la muerte".

El accidente cerebrovascular (ACV) O ICTUS asimismo acreditado como infarto, embolia, apoplejía o como ataque cerebral, radica en la pérdida ya sea en modo total o parcial de las funciones cerebrales por la interrupción brusca e inmediata del flujo sanguíneo a una parte del cerebro (isquemia cerebral) o la rotura de una arteria o vena cerebral (hemorragia cerebral), debido a esto el cerebro no logra el flujo de sangre que precisa, como consecuencia, las células nerviosas del área

o zona afectada no absorben oxígeno por lo que se dañan y dejan de funcionar ocasionando una serie de síntomas particulares dependiendo de la zona cerebral afectada.
Los síntomas de un ictus son muy diferentes dependiendo del área cerebral que esté afectada, estos síntomas van desde los puramente motores hasta los síntomas sensitivos motores.

El cerebro es el órgano humano que mayor cantidad consume de oxígeno y glucosa, ya que requiere una quinta parte de la sangre que sale del corazón para un funcionamiento normal.

2 Objetivos

- Identificar los elementos de riesgo modificables y la categorización de los ictus.
- Minimizar el daño cerebral irreversible con el discernimiento de sus síntomas y signos iniciales.

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 efectuado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Guía práctica clínica del ictus 1-edición, guía Europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica, Interamericana McGraw-Hill Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería.

4 Resultados

El tratamiento en todos los ictus debe ser inmediato y urgente, ya que está en riesgo la vida del donante, logra ser farmacológico o quirúrgico, ello dependerá de la causa que origine la hemorragia.

Los ictus según como se produzcan se logran clasificar en:

1. Isquémicos: esta tipología de accidente cerebrovascular es el más habitual y frecuente, conocidos como infarto cerebral, ocasionados por la obstrucción o por el taponamiento de una o de varias arterias que irrigan a la masa encefálica, generalmente derivado de una ateroesclerosis o bien por un émbolo, que desciende

y proviene generalmente del corazón o de otras arterias. Alrededor de un 35 % de los ictus isquémicos emanan del corazón.
Para su tratamiento se administrarán, mediante inyecciones farmacológicas, medicamentos que logren disolver el trombo para así restituir el conveniente riego sanguíneo. Suele tratarse de aspirina (ácido acetilsalicílico) o de anticoagulantes análogos y en situaciones agudas el tratamiento se administrará mediante de fibrinólisis.
2. Hemorrágicos: conocidos comúnmente como hemorragia cerebral, hematoma cerebral y/o derrame cerebral, se ocasionan por la rotura de la barrera he matoencefálica, con extravasación de sangre, en el interior del cerebro o sus envolturas. Suele ocasionarse en los considerados infartos embólicos o en donantes anticoagulados.
En su tratamiento logra ser requerible la realización de una angiografía intervencionista o de efectuar un cateterismo, que radica en insertar un tubo en el cráneo para así poder desaguar la sangre acumulada y, lograr, liberar de nuevo el riego y el funcionamiento conveniente cerebral.
El ictus es el primer origen de muerte en mujeres en España y el tercero a nivel global, así como la primera causa de que suceda y cronifique una discapacidad en adultos
No se sabe con exactitud la cifra de la incidencia en España, pero sí que se estima que oscila entre los 100.000 y los 130.000 sucesos acaecidos al año y que de estos sucesos unas 86.000 personas quedan con secuelas o discapacidades permanentes o en los peores casos fallecen a consecuencia del ictus.
Es importante tener en consideración que constituye siempre sin lugar a dudas una emergencia médica desde el emprendimiento de los síntomas, por lo tanto el ser conocedor y darse cuenta a tiempo de los síntomas a través de las protocolizadas escalas neurológicas y la detención de signos y/o síntomas nos consentirá una actuación inmediata y precoz para así poder activar el código ictus, ya que este radica en una potencial estrategia a la hora de salvar vidas, una herramienta que todo individuo debería saber manejar para ayudar a la reducción de la mortalidad y la exponencial gravedad de las secuelas propias de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Toda la población en general está al tanto de que un dolor en el tórax o en el brazo izquierdo logra ser un posible síntoma de un infarto de miocardio y que se debe asistir de modo urgente al hospital, el ictus es una urgencia médica con consecuencias equivalentemente igual de graves que el infarto, pero mucho más

invalidantes y sus devastadoras consecuencias son mucho menores cuanto antes se asista al hospital y sea atendido, de ahí lo trascendental y la importancia de reconocer con prontitud los síntomas de alarma.
La educación sanitaria posee un papel principal en la educación de la población sobre la importancia en que se reconozca esta sintomatología con rapidez, bien sea mediante charlas o folletos informativos.

6 Bibliografía

1. Vives Medina Oisis Taimy, Quintana Pereda René, Soto Páez Nuvia. Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Jun [citado 2022 Sep 21] ; 18(3): 414-429. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006&lng=es.
2. Rodríguez Vico Araceli, Sánchez Hernández Fernando. Triaje por enfermería en el ictus agudo. Enferm. glob. [Internet]. 2021 [citado 2022 Sep 21] ; 20(64): 108-130. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000400108&lng=es.
Epub 25-Oct-2021. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.465261.
3. Brito G María Isabel, Gollo R Maria Elena, Troccoli H Marcos Luis. Prevención de la enfermedad cerebrovascular o ictus isquémico. Gac Méd Caracas [Internet]. 2003 Ene [citado 2022 Sep 21] ; 111(1): 1-10. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622003000100001&lng=es.

Capítulo 57

ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO DEL AUMENTO DE PRESCRIPCIÓN EN LA POBLACIÓN DE TRANQUILIZANTES MENORES

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

BLANCA PINTO LAGO

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

CARLOS PALACIO MORALES

1 Introducción

Los tranquilizantes menores, sedantes, están dentro del grupo de las benzodiacepinas, son el conjunto farmacológico más prescrito en la gran mayoría de los países europeos como terapia principal para el insomnio y los trastornos de ansiedad, aunque asimismo es utilizado en el gobierno de las crisis epilépticas, en deshabituación alcohólica, como pre-medicación anestésica y como un relajante muscular.

Las benzodiacepinas como conjunto farmacológico presentan ciertos riesgos derivados de su efecto farmacológico. Los cuales están dependiendo de las particularidades y características del enfermo, de las posibles interacciones medica-

mentosas y de su prescripción irracional, uso inadecuado o a dosis inconvenientes y/o por períodos prolongados.

En los últimos años se ha observado un incremento exponencial en la prescripción de esta tipología de fármacos para dar respuesta a problemáticas como la ansiedad, estrés o el insomnio. Es decir, que solo se trata la sintomatología, pero no se invierten ni se dotan de recursos en ayudar al enfermo en el origen u casuística del problema, en muchos sucesos se tratan de enfermos que precisan de ayuda por parte de los profesionales del área de salud mental, o que precisan de una red de ayuda y apoyo. Este incremento tan exponencial en la prescripción de medicamentos y fármacos se debe, asimismo, a la elevada presión asistencial a la que están sometidos y que soportan los profesionales de la salud, y sobre todo a la falta de recursos en las distintas unidades de salud mental.

2 Objetivos

Conocer las tipologías de tranquilizantes menores, conocidos como ansiolíticos, benzodiacepinas, sus efectos adversos y los condicionantes de riesgo de dependencia en los individuos que consume estos fármacos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Lilacs y Elsevier, en artículos y publicaciones relacionadas con el aumento del uso de benzodiacepinas en la población utilizando las palabras clave como descriptores: “tranquilizantes menores”, “sedantes”, ”benzodiacepina”, ”abuso” y ”dependencia”.

4 Resultados

Las benzodiacepinas considerados tranquilizantes menores o sedantes son un grupo de fármacos que se absorben por completo y muy rápidamente si su administración se efectúa por vía oral; distribuyéndose por todo el organismo.
Por vía intramuscular sin embargo, su absorción es lenta e irregular y en las situaciones de emergencia se logra esgrimir la vía intravenosa. Se metabolizan al nivel hepático y muchas veces forjan metabolitos activos que logran prolongar el efecto del fármaco. Se excretan a través de la orina.

La vida media de estos fármacos es la que va a decretar su utilidad, así como su uso clínico. Podemos fraccionar en tres grandes grupos: vida media corta (persistencia entre 3-8 h), vida media intermedia (permanencia entre 10-20 h) y vida media larga (permanencia entre 1-3 días). A pesar de su seguridad, la dosis letal es unas 1000 veces superior a la de la dosis terapéutica.

Logran ocasionar una serie de reacciones adversas, sobre todo a un nivel del sistema central. Como la incidencia de sedación excesiva, evidente somnolencia, depreciación de los reflejos, agresividad, amnesia, por lo que es trascendental y muy importante el seguimiento de estos enfermos.

Es ineludible, por tanto, tener en consideración ciertas circunstancias y sucesos en los que su utilización estaría contraindicada, como en los ancianos, personas con un deterioro cognitivo, con peligro de caídas, en situaciones de gestación o lactancia, ya que ostenta efecto teratógeno, así como en enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o asma, ya que ocasiona depresión respiratoria. En todos estos escenarios se debe evitar el automatismo de benzodiacepinas, al igual que en aquellos casos en los que se requiera un tratamiento a más largo plazo. Por lo que es inevitable la búsqueda de terapias alternativas.

Son sustancias que potencian y fomentan la actividad inhibitoria del GABA (ácido gamma aminobutírico) en la función de neurotransmisión, lo que consiente una mayor entrada de cloro en las neuronas, favoreciendo un estado de inhibición neuronal, asimismo, poseen capacidad para generar tolerancia, abuso, dependencia y un síndrome de abstinencia.

Se ha demostrado, en el corto plazo, la eficacia, rapidez y la seguridad de las benzodiacepinas dentro del margen terapéutico, pero su uso a largo plazo, al mismo tiempo que logra ocasionar tolerancia y dependencia, logra dar lugar a diversas problemáticas, como el menoscabo de la memoria, el acrecentamiento de riesgo de accidentes de tráfico y el incremento de caídas y sus consecuencias como fracturas de cadera, sobre todo en ancianos.

Son fármacos adictivos y el peligro de dependencia se acrecienta cuanto mayor sea la duración del tratamiento. La deshabituación se debe ejecutar de forma progresiva, llegando a unos acuerdos con el enfermo para estrechar de modo gradual la dosis diaria durante un tiempo concreto, valorando, si es necesario, otras alternativas farmacológicas o terapéuticas.

5 Discusión-Conclusión

Del estudio realizado llegamos a la conclusión que el ritmo de la sociedad actual y de la búsqueda por encontrar una repuesta rápida a la resolución de los problemas

en los individuos logra provocar un consumo excesivo de las benzodiacepinas por parte de la población.
Además, su uso crónico y prolongado es una práctica exponencialmente frecuente en nuestro país y en los países de nuestro entorno.
La evidencia científica nos señala la importancia de ejecutar revisiones periódicas de los tratamientos para garantizar la seguridad y la calidad de los cuidados, así poder establecer estrategias de retirada de benzodiacepinas o de prevenir los efectos adversos. Por esta razón, desde la enfermería es preciso la implantación de programas que consientan realizar un seguimiento individualizado de los enfermos y a su vez mejorar la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Domínguez, Viviana; Collares, Martín; Ormaechea, Gabriela y Tamosiunas, Gustavo. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción. Rev. Urug. Med. Int. [online]. 2016, vol.1, n.3 [citado 2021-05-12], pp.14-24. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
S2393-67972016000300002&lng=es&nrm=iso>.ISSN2393-6797.
2. Josefina Aguiluz, Matías Álvarez, Eduardo Pimentel, Carolina Abarca, Philippa Moore. ¿Cómo afrontar un enfermo con dependencia a benzodiacepinas en atención primaria? Estrategias para la deshabituación.
3. Losada Cucco L., ¿Hacemos un uso adecuado de las benzodiacepinas? Conocimientos prácticos para atención primaria. Rev Med Gral 2008; 112: 780-7.
4. Rosas-Gutierrez, Itzel; Simon-Arceo, Karina y Mercado, Francisco. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiacepinas. Salud Ment [online]. 2013, vol.36, n.4 [citado 2021-05-10], pp.325-329. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-.
33252013000400007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0185-3325.
5. Vantour A, Aroche Arzuaga A, Bestard Romero J, Ocaña Fontela N. Uso y abuso de las benzodiacepinas. Medisan [Internet]. 2010 [citado 6 May 2018]; 14(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-
30192010000400017&lng=es.
6. Vicens Caldentey C, Fiol Gelabert F. Abordaje de la deshabituación de benzodiazepinas en atención primaria. IT del Sistema Nacional de Salud. 2008; 32(2):52-57.

Capítulo 58

ESTUDIO POR ENFERMERÍA DE LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE EXPOSICIÓN AL RUIDO

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

CARLOS PALACIO MORALES

1 Introducción

Las ondas sonoras que emprenden del exterior son percibidas por el pabellón auditivo y conducto auditivo externo, topan con el tímpano, difundiéndose a la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo) que se mueven y vibrarán, pasando la onda sonora a la ventana oval, donde hace contacto con el oído interno.
En el interior del oído interno existe un líquido delimitado dentro del caracol (cóclea), que se mueve, y este líquido bañara un conjunto de células que conforman el órgano llamado de Corti, que tiene su ubicación dentro del caracol. Estas células son de estructura nerviosa y se encadenan con el nervio auditivo que va a la superficie del cerebro, donde se van a sentir todos los sonidos.

En la otosclerosis, se extirpará el estribo, a esta intervención se le llama estapedectomía y será sustituida por una prótesis.
En cuanto a las características del sonido, se conoce por sonido a las vibraciones de un medio material, como puede ser el aire, que es susceptible de ser percibido por el oído. Todos los materiales transmiten el sonido, en relación a su elasticidad. El volumen del sonido se medirá en decibelios (dB) y está definido por la intensidad y por las alteraciones que estas vibraciones que produce el aire.
La frecuencia se medirá en hercios (Hz), siendo el llamado tono que presentan los sonidos. Pudiendo ser grave llamados de baja frecuencia o agudos denominados de alta frecuencia. La raza humana siente y nota frecuencias entre los 20 y 20.000 Hz. A estos sonidos se les denomina infrasonidos y estos se dan por debajo de 20 Hz, y que si se dan en niveles superiores a 20.000 Hz se les denomina ultrasonidos
El sonido se extiende por el aire a una velocidad de 340 m/sg., en modo de ondas sonoras que instauraran un campo acústico. Las ondas son embebidas por la pared cuando llegan a ella las traspasarán o reabsorberán.
La longitud de onda es la distancia que recorre una onda durante un periodo, será inversamente proporcional a la frecuencia.
La reverberación consistirá en la insistencia de un sonido en un espacio cerrado después de haberse silenciado la fuente sonora. La conjunción de dos ondas sonoras de frecuencias semejantes se llama interferencia.

2 Objetivos

- Ver los valores de exposición a los ruidos de trabajadores expuestos a ellos.
- Exponer como puede a través del ruido llegar a ocurrir la pérdida auditiva y como prevenirla

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

Cuando referenciamos al ruido en el contexto del hospital, este no debería suponer de ningún riesgo laboral, aunque están algunas excepciones, como en lugares más específicos, personal de mantenimiento a través de la maquinaria que se utiliza o en la lavandería, al estar en exposición en períodos muy prolongados de tiempo.
A su vez, en las Unidades de pacientes, se puede ver como causante de un disconfort, a los respiradores y monitores en las unidades de vigilancia intensiva.
Las consecuencias negativas en salud venidas de la exposición al ruido son el stress, la irritabilidad, falta de la memoria inmediata, dificultad en la concentración, fatiga, insomnio y sobre todo incurrir en una hipoacusia.
A la pérdida auditiva causada por el ruido se le considera trauma acústico, estando denominado como enfermedad profesional.
La sordera que se origina es de percepción, dosis dependiente, bilateral y gradual, no progresiva, si cesa la exposición e irreversible. Si se perdiera completa y totalmente la audición se le denomina cofosis. La sensación de percibir sonidos anormales se denomina tinnitus.
Se valora por las pruebas de Rinnie (transmisión aérea) y de Weber (transmisión ósea) del sonido con el uso del diapasón.
Dependiendo de dónde se origine la barrera, la sordera o hipoacusia puede ser:
1. Sordera de transmisión. Se origina desde el conducto auditivo externo hasta la ventana de separación del oído medio y del oído interno.
2. Sordera de percepción. Se produce en cualquier obstáculo hasta que llega al cerebro.
3. Sordera de recepción. Se origina por lesión en el conjunto de células del órgano de Corti.
La pérdida auditiva derivada por el ruido se valorará mediante audiometría, que representa en gráficos la sensibilidad a los tonos puros percibidos por vía aérea en una cabina insonorizada.
El ruido se piensa como un sonido no deseado, refiriéndonos al sonido como toda percepción sensitiva notada por el órgano auditivo.
El sonómetro será el responsable de la medición del ruido en dB. El dosímetro proporciona el nivel medio de ruido durante el tiempo en que funcione.
El Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, regula la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido (2).
Valores de exposición.

En este Real Decreto se introducen los conceptos de:
- Valores de exposición que dan lugar a una acción.
- Valor límite de exposición.
Unos y otros se expresan en nivel de exposición diaria al ruido (dBA) y en presión acústica en pico (Pa).
El valor límite de 87 dBA, o 140 Pa, se fijará con la finalidad de prevenir daños irreversibles en el sistema auditivo del trabajador. Se podrá utilizar protectores auditivos para evitar las consecuencias.
Se reduce el primer nivel de acción a 80 dBA con un valor de pico de 135 dB.
Entre las medidas de prevención destacarán:
• Sobre estructura: La obligatoriedad de sujetar al mínimo posible los niveles sonoros en los puestos de trabajo.
• Entre las medidas individuales están los protectores auditivos y como medida de control, la realización de controles audio métricos previos y periódicos.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos y vemos a la conclusión de la descripción de este artículo de la definición del ruido y de las consecuencias negativas en cuanto a la salud de encontrarse expuesto a él, que es y será siempre primordial visionándolo desde la prevención de riesgos laborales, la protección correcta sobre todo del personal trabajador en el sector de gestión y servicios como pueden ser en los servicios en la lavandería, las cocinas, almacenes o mantenimiento, donde el requerimiento de utilizar aparatos que superan los decibelios de ruidos que están permitidos y se tendrá la obligación de dotar al trabajador de unos homologados protectores del canal auditivo, también el personal sanitario se encuentra vulnerable a estos ruidos sobre todo en las unidades con demasiado aparataje como pueden ser las áreas de unidades de cuidados intensivos por la repetición y constancia de ruidos y pitidos que salen de respiradores, monitores de medición de constantes vitales, etc., y sobre todo perjudica en gran medida si esta exposición es muy prolongada en el tiempo.

6 Bibliografía

1. https://books.google.com/books?id=Oty6kJTcFJ4C
2. https://www.insst.es/documents/94886/375272/Aplicaci%C3%B3n+del+RD+286-2006+sobre+ruido

3. https://pdfcoffee.com/formacion-y-orientacion-laboral-transversales-formacion-y-orientacion-laboral-transversales-cf-cf-formacion-y-orientacion-laboral-maria-eugenia-caldas-blanco-aurora-castellanos-navarro-maria-luisa-hidalgo-ortega-pdf-free.html
4. https://es.scribd.com/document/76531708/01-LIBRO-LEGISLACION-SANITARIA
5. González Sánchez Yamile, Fernández Díaz Yaíma. Efectos de la contaminación sónica sobre la salud de estudiantes y docentes, en centros escolares. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Mayo 18] ; 52(3): 402-410. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000300012&lng=es.
6. Ballesteros S., Lorrio S., Molina I., Áriz M.. Contaminación acústica en el transporte sanitario urgente por carretera. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2012 Dic [citado 2022 Mayo 18] ; 35(3): 367-375. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000300002&lng=es.
https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000300002.
7. Amable Álvarez Isabel, Méndez Martínez Jesús, Delgado Pérez Lenia, Acebo Figueroa Fernando, de Armas Mestre Joanna, Rivero Llop Marta Lidia. Contaminación ambiental por ruido. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Mayo 18] ; 39(3): 640-649. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300024&lng=es.

Capítulo 59

ORIGEN, ESTUDIO Y MANEJO POR ENFERMERÍA DE QUEMADURAS

FERNANDO TENA SÁNCHEZ

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA

MARIA ORTEGA RODRIGUEZ

ANA MORENO JIMÉNEZ

PABLO GALÁN MARTÍNEZ

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones o heridas que afectan a la integridad de la piel consistente en unas pérdidas de sustancia de la superficie corporal originadas por distintos agentes como el calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones como la solar, luz ultravioleta o infrarrojas, entre otras, que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un incremento de la permeabilidad vascular.

Las quemaduras térmicas más comunes en adultos son aquellas ocasionadas por fuego, entre el 40-45 %, mientras que en los niños las lesiones con mayor frecuencia son escaldaduras causadas por líquidos calientes.
Las quemaduras, sobre todo si son graves, a menudo se logran acompañar de afección de otros órganos, bien por alteración directa o bien como consecuencia de la deshidratación.

No obstante, su pronóstico depende de la en cuanto a la extensión y la profundidad de la lesión, hay ciertas áreas del cuerpo, como son: las manos, pies, cara y perineo, que por sí solas ocasionan significativas incapacidades.
La evolución del quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, el tipo de paciente quemado.

Se logra decir que los mecanismos de obtención de las quemaduras son:
- Por calor: que logra ser por llama expuesta, como el fuego, por sólidos calientes, como un tubo de escape de vehículos o por líquidos calientes, lo que denominamos escaldadura.
- Por radiaciones: cada día cobran más categoría en la población, logran ser: solares, luz ultravioleta o infrarrojas.
Las dos primeras originadas por la exposición excesiva, y la última, frecuentemente, por yatrogenia.
- Por sustancias cáusticas o ácidos: estos entrañan graves peligros, ya que suelen ocasionar escasos signos o síntomas durante los primeros días por en cuanto a la extensión lenta de la necrosis que ocasionan, motivando que la vida esté muy comprometida cuando se manifiesta la patología.
- Por electricidad: sus lesiones acontecen por la generación de calor por encima de los 5000 ℃, provocando una lesión significativa con muy poco daño de la piel suprayacente, dado que la resistencia a la corriente eléctrica se ocasiona en el punto del contacto cutáneo con el conductor, las quemaduras eléctricas generalmente afectan la piel y tejidos subcutáneos y logran ser de cualquier tamaño y profundidad.
La necrosis y la escara progresiva suelen ser mayores de lo que aparece indicar la lesión inicial y lo propio acontece con la profundidad la lesión. La corriente alterna logra ocasionar parálisis respiratoria inmediata, fibrilación ventricular o uno y otro, efectos muy similares a los que logra provocar el alto voltaje de un rayo.
- Por deflagración: son indirectamente eléctricas, pero de menor gravedad.

2 Objetivos

Describir e indicar la diferenciación entre los grados y tipos de quemaduras por parte del equipo de enfermería en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente, una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se acordó de diferenciar entre la clasificación y la valoración sobre las lesiones de quemaduras.
1. La clasificación se establece en su gravedad y según esta establecer la pauta con respeto al tratamiento.
1.1. Quemaduras menores: todas las lesiones por quemaduras de 1º grado, las de 2º grado superficial con menos del 15 % en cuanto a la en cuanto a la extensión y menos de un 10% en niños. Las de 2º grado más profundas y 3º grado con menos del 1 % en la en cuanto a la extensión, dependiendo de su emplazamiento.
1.2. Quemaduras Moderadas: las de 2º grado superficial con un 15-30 % de en cuanto a la extensión.
Las de 2 grados o 3 grados con menos del 10 % en cuanto a en cuanto a la extensión.
1.3. Quemaduras Graves: las de 2º grado superficiales con más del 30% de en cuanto a la extensión.
Las de 2 y 3 grados profundas con más del 10% de en cuanto a la extensión.
2. La valoración de una quemadura, se establece en el pronóstico de esta, que varía según dos variables:
2.1. Superficie afectada: nos facilita el diagnóstico de en cuanto a la extensión.
La en cuanto a la extensión de una quemadura incide fundamentalmente en el estado general del quemado, para su cálculo, existe un método simple denominado: La regla de los nueves de Wallace, a través de esta regla se considera que cada región anatómica corporal representa un 9% o un múltiple de 9% de la superficie corporal total.
Cabeza y cuello 9 %/ tronco anterior 18 %/ tronco posterior 18 %/ extremidad superior (9 % este X 2) 18 %/ extremidad Inferior (18 % esto sería X 2) 36 %/ área genital 1 %.
Esta regla de los nueve no es válida en los quemados pediátricos por su mayor superficie craneal y extremidades inferiores más cortas, utilizando la clasificación

de Lund Y Browder.
2.2. Profundidad: su estudio nos facilita el diagnóstico de profundidad:
La profundidad de la lesión cutánea evalúa el grado de la quemadura y se clasifican en tres tipos de grados: primero, segundo o tercero.
2.2.1. Quemadura de primer grado: ocurre en epidermis, eritema doloroso, no se ocasiona ampolla, a los pocos días después aparece la descamación, en unos 3 o 4 días se solventan sin cicatriz.
2.2.2. Quemadura clasificada de segundo grado: perturba a la dermis, logran ser mucho más superficiales o profundas según la afectación de la dermis
- Superficiales: se ocasionan en dermis, con ampollas, exudación, la superficie quemada es sonrosada que se emblanquece con el uso de presión, los pacientes refieren mucho dolor. Se ocasiona su regeneración a partir de unas tres semanas, inclusive se podría emprender a ver el comienzo de la cicatriz.
- Profundas: estas logran llegar lo más profundo de la capa de la dermis, la superficie quemada tiene un aspecto muy exangüe, se forja de una escara firme y gruesa que induce una recuperación insidiosa, pudiendo retardar la cura completa más de 40 día.
2.2.3. Quemaduras de tercer grado: implica la destrucción completa del espesor de la piel llegando a afectar a la sensibilidad.
Dejan cicatriz en el área y en ocasiones, requieren de injertos cutáneos. En el estudio de la profundidad, debe tenerse en consideración que la lesión logra evolucionar durante las primeras 24 a 48 horas y que durante este periodo existe la presencia de edema que, además, interfiere para su correcto diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

La naturaleza de las lesiones y la posibilidad de que deje cicatriz conllevan que el quemado sea propenso a la ansiedad, de modo que el paciente quemado deberá recibir soporte por parte de enfermería.
La nutrición debe ser considerada, la cicatrización del área quemada requerirá de todos los nutrientes y estos deberán ser suministrados durante el tiempo que duren los tratamientos, deberemos aconsejar al quemado y a su familia sobre la nutrición y la importancia de conservar un buen estado físico y psíquico.
A medida que evoluciona el tiempo, se debe administrar al quemado hacia el autocuidado y ayudarle a adaptarse a su nueva imagen, si en ella existieran cambios, estos cambios logran ser temporales, otros permanentes, de ay requiere la importancia de la educación sanitaria y se preparan un plan de cuidados junto con el quemado y destacar la importancia de implicar a los padres y/o familiares.

Otro aspecto con una gran importancia que debemos tener en consideración es que todos los cuidados que ofrezcamos al quemado han de efectuarse con una rigurosa asepsia, tanto en nuestras manos como en los utensilios que se utilicen, pues unos de los riesgos más graves para un quemado es la infección.

6 Bibliografía

1. www.elsevier.com.
2. www.mediagraphic.com.
3. www.pubmed.com
4. DURANGO GUTIÉRREZ LUISA FERNANDA, VARGAS GRAJALES FRANCISCO. Manejo medico inicial del quemado quemado. Iatria [Internet]. marzo de 2004 [citado el 14 de septiembre de 2022]; 17(1): 54-61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000100004&lng=en.
5. Salmerón-González Enrique, García-Vilariño Elena, Sánchez-García Alberto, Pérez-García Alberto, Pérez del Caz Mª Dolores. Evolución histórica del tratamiento del quemado quemado. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2020 [citado 2022 Sep 14] ; 46(Suppl 1): 9-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922020000200005&lng=es.
Epub 22-Jun-2020. https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922020000200005.

Capítulo 60

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POSIBLES ERRORES DE ENFERMERÍA

MARIA ORTEGA RODRIGUEZ

FERNANDO TENA SÁNCHEZ

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA

ANA MORENO JIMÉNEZ

PABLO GALÁN MARTÍNEZ

1 Introducción

Toda precaución es poca a la hora de tratar con los pacientes, el profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad en el momento de la asistencia y en la labor de administración de los fármacos o medicamentos

Como profesional de enfermería tenemos que estar al tanto de cuáles pueden ser los deslices que más se ocasionan en los procedimientos referidos en cuanto a la administración de medicamentos y saber como poder llegar a prevenirlos, ya que se pueden ocasionar en cualquier momento del proceso desde la prescripción hasta que se le administra al paciente el cual pude verse afectado por estos errores.

Las fallas y equivocaciones conllevan unas consecuencias exponencialmente negativas y ocasionan un problema en la sanidad pública, ya podrían derivar en ingresos hospitalarios más prolongados, así como lesiones, discapacidades eventuales como permanentes, inclusive la muerte del paciente.

Las principales tipologías de fallas de medicación son:

- Fallas en prescripción: incorrecto medicamento, inadecuada dosis, vía incorrecta, equivocación de concentración y/o la velocidad de la administración.
- Fallos en la hora de administración.
- Fallo en el intervalo o en el tiempo.
- Administración de un medicamento no prescrito
- Dosificación que esta sea superior o inferior a la ordenada.
- formulación del medicamento o fármaco o manipulación indebida.
- Realizar con modo de administración inapropiado.

2 Objetivos

- Conocer los principales faltas y errores de medicación que acontecen a causa de la intervención enfermera en el proceso de administración.
- Identificar destrezas preventivas para estos errores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática mediante la consulta de artículos y publicaciones en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la exposición, revisión y estudio destacaremos lo más primordial, ya que si nos adentramos en todas las responsabilidades y en cada uno de los errores que podría derivarse de la actuación enfermera sería extendernos y desviarnos, ya que son tantas y tan diversas los desempeños que se llegan a realizar, ya que estos también irán en dependencia del puesto que estés ocupando en ese momento no es lo mismo el trabajo en consultas que un nivel como puede ser el de emergencias

o una UCI, se han analizado las tipologías de fallas de medicación cometidas con más frecuencia o asiduidad por el profesional de enfermería.
Las fallas, deslices o errores pueden ser por diversos elementos
Nos encontraríamos con los elementos concernientes con al propio enfermo, el importantísimo trabajo de los profesionales de enfermería también llega a lograr que ciertos elementos concernientes con el profesional enfermero.
- Elementos concernientes con la alta demanda del servicio, debido a las interrupciones, entre otras muchas distracciones que pueden derivar de nuestro trabajo.

El estrés y la carga emocional del profesional de enfermería será un elemento que se destacó en muchos de los documentos examinados.
En conexión a los motivos de omisión de la notificación del error, pudimos ver que los orígenes de la omisión de los errores de medicación se debían, sobre todo, a la sensación de miedo que prevaleció sobre todos los otros elementos influyentes.
Por último, como medida de prevención para estos errores de medicación, la mayoría de los artículos mencionan algún tipo de estrategia para minimizarlos.
Estas estrategias de prevención las podemos resumir en:
- La creación de un espacio en el que el profesional de enfermería pueda trabajar con comodidad, tranquilidad y sin interrupciones.
- La formación continuada en la que se hace mucho hincapié para mantener renovado y actualizado al profesional.

5 Discusión-Conclusión

Destacar de esta exposición que sería ideal llegar a instaurar y establecer medidas de detección y prevención de los errores de medicación, ya que están presentes continuamente en la rutina de trabajo diaria de los profesionales de enfermería. Aunque la mayoría de estos deslices, suelen ser leves y no inducen daños en el paciente enfermo, es importante minimizar su incidencia mediante la prevención y la supervisión. En cuanto a los errores más comunes, son los que hacen referencia a vía, dosis, hora, medicamento y enfermo incorrecto.
Los elementos que tienen más influencia para que se produzcan los errores están relacionados con la sobrecarga de trabajo, las interrupciones y/o distracciones y el número inadecuado del profesional de enfermería. Todas aquellas medidas de prevención que puedan ayudar a mejorar estos errores deberían ser implementadas en todo el sistema sanitario para mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del enfermo.

6 Bibliografía

1. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc), 2002.
2. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med, 1995.
3. Berdot S, Sabatier B, Gillazeau F, Caruba T, Prognon P, Durieaux P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. BMC Health Services Reseach, 2012 Francia.

Capítulo 61

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE DE UN HOSPITAL. REVISION BIBLIOGRÁFICA

PATRICIA ROMERO ARRIAGA

CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS

MARÍA BOLÍVAR LOMAS

1 Introducción

Después de que un paciente llega a recepción, será llamado para que entre en la sala de triaje donde habrá una enfermera que procederá a presentarse y luego comprobará la identidad del paciente y posteriormente le hará una breve anamnesis.
Esta anamnesis consiste en preguntas sobre el motivo de la consulta médica, historial médico personal y alergias que tenga. Además, se registrarán los signos vitales más importantes como la tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y la glucemia.
Esto se hace con el objetivo de determinar la prioridad de urgencia y clasificar al paciente en uno de los diferentes niveles existentes como pueden ser los siguientes: I Rojo (riesgo vital inmediato), II Naranja (muy urgente), III Amarilla (urgente), IV Verde (urgencia menor) y V Azul (situación no urgente).
Esta clasificación que se hace se llama sistema de triaje de Manchester (MTS) y es un sistema de clasificación y priorización diseñado en los años 90. Se trata de un

sistema que es muy rápido en su ejecución, cada triaje dura entre 1 y 1,5 minutos y se puede usar tanto en pacientes adultos como en pacientes que se encuentren en la edad pediátrica.
En nuestro país, se usa desde el año 2004 y los primeros que empezaron a usarlo fueron los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Orense y posteriormente termino extendiéndose al resto de hospitales.

2 Objetivos

Explicar en que consiste el triaje que se realiza en un centro hospitalario.
Comentar las funciones que realiza el personal de enfermería en el triaje de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Para llevar a cabo el rol de la enfermera en la zona de triaje es importante que conozca la organización y funcionamiento del servicio de urgencias en el que se encuentra, la estrategia utilizada, los recursos que tiene, tanto físicos como humanos, los registros y los servicios de apoyo con los que cuenta.

Además de que tiene que conocer las normas, protocolos y manuales, ya que no todos los hospitales funcionan de la misma manera y no siguen las mismas pautas de trabajo. Según el estudio realizado por Martín García M, se ha podido comprobar que los pacientes tras acudir a la sala de triaje están más complacidos por la atención inicial del personal de enfermería y presentan menos ansiedad a la hora de esperar en la sala de espera y valoran positivamente el poder hablar con una persona que muestra interés por su salud nada más llegar a un servicio de urgencias.

Además, se ha logrado adelantar tiempo al solicitar pruebas radiológicas cuando la enfermera lo ve oportuno por el motivo de consulta. Según el estudio realizado por Cubero-Alpízar C, se considera que no hay diferencias entre los profesionales de enfermería y los médicos a la hora de llevar a cabo el sistema de clasificación de triaje.

Incluso se puede evidenciar que cuando se trata del personal de enfermería quien haga el triaje, se ha podido lograr un mejor dominio de flujo de pacientes en los servicios de Urgencias de los Hospitales. Esto permite poder ahorrar dinero, pero también permite ampliar las funciones del personal de enfermería en las salas de las urgencias hospitalarias.

En el estudio que ha realizado Cubero-Alpízar C se puede ver que el tiempo de espera en los servicios de Urgencias se relaciona con un mayor riesgo de muerte a corto plazo, originando una gran saturación y provocando largas colas en los servicios de urgencia, incluso origina que muchos pacientes se vayan sin ser vistos y esto podría derivar en diversas complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el personal de enfermería en la zona de triaje es muy importante debido a que es una de las primeras personas a la que ve el paciente y es la encargada de evaluarlo para proceder a clasificarlo para posteriormente ser atendido por el personal médico en un tiempo que va a depender del tipo de clasificación del paciente que haga la enfermera. Debido a esto, es importantísimo que el personal de enfermería que desempeña sus funciones en triaje sea una persona suficientemente cualificada y con los conocimientos necesarios, ya que la vida de un paciente depende principalmente del personal de enfermería de triaje porque es quien la va a valorar y determinar su clasificación. Un mal triaje puede provocar un empeoramiento de la salud del paciente, ya que si es un paciente que debe de ser triado como rojo para ser atenido inmediatamente se tría como verde y no es atendido cuanto antes, puede fallecer.

6 Bibliografía

1. Manosalva Murillo J. Rol del enfermero en el área de triage. Av enferm. 2005;23(1):82-89.
2. Álvarez Baza MC. El triage en los servicios de urgencias hospitalarias: papel

de la enfermera. Enferm clínica.2001;11(5):58-66. 3. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramiento fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33(1):55-68. 4. Martín García M. Estudio del triage en el servicio de urgencias hospitalario. Rev. Enferm. CyL.2013;5(1):42-49. 5. Cubero-Alpízar C. Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias.Rev. Enfermería Actual en Costa Rica.2014;27:1-12.

Capítulo 62

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA MONITORIZACION DE LA PRESION ARTERIAL INVASIVA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PATRICIA ROMERO ARRIAGA

CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS

MARÍA BOLÍVAR LOMAS

1 Introducción

Se puede decir que la presión arterial es un parámetro que muestra cómo está una persona respecto a su situación hemodinámica. La cateterización de la presión arterial invasiva es un sistema de control que se emplea en casos de personas que están en situación crítica, como aquellos que se encuentran en las unidades de cuidados/vigilancia intensivos (UCI o UVI), y también en las unidades quirúrgicas y postquirúrgicas, como en los quirófanos, las unidades de recuperación postanestésica (URPA) y las unidades de reanimación.

Se trata de un registro continuo de la presión arterial, mediante un catéter intraarterial que se conecta a un transductor de presión. En el monitor se puede ver el registro a tiempo real, de la tensión arterial monitorizada.

La realización de esta técnica es sencilla, y los resultados que se obtienen son muy relevantes e informativos del estado hemodinámico del paciente. Este tipo

de monitorización está básicamente indicada en situaciones como por ejemplo la inestabilidad hemodinámica, la infusión de posibles fármacos intraarteriales como las angiografías o algunas intervenciones quirúrgicas, y además es útil para obtener diferentes muestras sanguíneas por vía arterial en un tiempo reducido y evitando molestias al paciente. Los cuidados de enfermería durante el tiempo que permanecerá el catéter canalizado en la arteria, son muy importantes para evitar complicaciones como son infección, hematomas y hemorragias, trombosis, embolia gaseosa, lesiones cutáneas, isquemia y fístula.

2 Objetivos

Explicar que es la presión arterial desde el punto de vista de enfermería.
Mencionar cuáles son los cuidados que presta el personal de enfermería al paciente mientras este tiene el catéter canalizado en la arteria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Para la realización de esta técnica es necesario tomar una serie de medidas:
- Un Lavado de manos y empleo de guantes ante cualquier manipulación del catéter arterial.
- Vigilar o controlar en cada turno de trabajo, el punto de inserción y todas las conexiones del catéter.
- Vigilar en todo momento el color y la temperatura de los dedos, y la posible presencia de hemorragias.
- emplear siempre que sea posible los apósitos semitransparentes para detectar visualmente el estado del punto de inserción.
- hacer las curas pautadas según el tipo de apósito, y si precisara, del punto de inserción. Además, para realizar el cambio de apósito, se tienen que utilizar guantes

estériles.
- Realizar solamente las manipulaciones que sean necesarias en cuanto al catéter, a las conexiones y al transductor.
- Cambiar los equipos de presión arterial y la llave de 3 vías cada 72 horas aproximadamente.
- No emplear pomadas para la realización de la cura del punto de inserción.
- Identificar las posibles complicaciones, como pueden ser los signos de infección y la isquemia.
- Fijar los límites adecuados de las alarmas del monitor.
- Realizar registro horario de los diferentes valores medidos.
- Realizar un lavado periódico de la arteria, y siempre tras una extracción sanguínea.
- Comprobar en el monitor la curva de la presión arterial de forma periódica.
- Controlar que el suero utilizado sea suficiente, que el presurizador esté colocado correctamente y que el inflado sea el correcto.
- Evitar el uso de esa vía arterial para la administración de medicación o sueros hipertónicos, puesto que se pueden lesionar las arterias.
- Si el paciente tuviera colocada una muñequera de contención cerca de la arteria, evitar que esta apriete el punto de inserción, o roce con el equipo, puesto que puede provocar lesiones, infección o extravasación del catéter arterial.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados por parte del personal de enfermería para garantizar un buen estado del catéter y del equipo de presión arterial invasiva son muy importantes para su mantenimiento debido a que en determinados pacientes, ya sean críticos o postquirúrgicos, es muy importante el control y la monitorización de la presión arterial a tiempo real.
Gracias a esta monitorización se puede vigilar de forma exhaustiva a un paciente que su estado hemodinámico en algunas ocasiones es inestable.
Cabe destacar que gracias a la enfermería, a través de sus cuidados se puede asegurar un buen estado de la arteria y su canalización y el mantenimiento de la monitorización de la presión arterial por el tiempo que sea necesario.

6 Bibliografía

1. Simarro Blasco JA, Noheda Blasco MC, Bascuñana Blasco M, Noheda Recuenco M, Tolmo Aranda I, Romero Carralero MI. Estudio comparativo de la presión ar-

terial invasiva frente a la presión arterial no invasiva. Valoración de la diferencia. Enferm glob. vol.10 no.24 Murcia oct. 2011. http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400006
2. Ochagavía A, Baigorri F. Introducción de la serie, Puesta al día: Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Med Intensiva, 35 (2011). Pp 497/498 http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2010.10.10 Medline.

Capítulo 63

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN CIRROSIS HEPÁTICA POR ENFERMERÍA

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA

FERNANDO TENA SÁNCHEZ

MARIA ORTEGA RODRIGUEZ

ANA MORENO JIMÉNEZ

PABLO GALÁN MARTÍNEZ

1 Introducción

En que consiste exactamente la Cirrosis hepática en una alteración y trastorno en el tejido hepático, en el cual se ostenta una fibrosis (irreversible) y nódulos de regeneración, lo cual se vuelve en una depreciación de la función hepática.
Representa el último estadio de disímiles patologías hepáticas, tanto agudas, así como crónicas.
- Tipos de cirrosis.
1. Compensada:
Situación en la cual el enfermo se encuentra asintomático. En la gran mayoría de los casos, estos enfermos, desconocen padecer la patología. Se suele diagnosticar de una manera casual, mediante analíticas y exámenes efectuados para otro fin diagnóstico.

2. Descompensada:
Situación en la cual el enfermo presenta síntomas asociados como: Ascitis, encefalopatía hepática, hemorragias por varices esofágicas, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorrenal, entre otros.
Causas.
- Consumo de alcohol: primera causa desencadenante de cirrosis.
- Hepatitis C: concurren estudios, que determinan que en torno al 20-25 % de estos enfermos presentarán cirrosis hepática.
- Hepatitis B: en torno a un 15 o 20 % de los enfermos que ostentan esta patología, desarrollarán cirrosis hepática.
- Esteatosis hepática no alcohólica: estos enfermos ostentan una acumulación de grasa a nivel hepático, lo cual puede derivar en una cirrosis hepática.
- Patologías biliares: existe una predisposición en enfermos que ostentan:
Cirrosis biliar, colangitis, obstrucción en la vía biliar, entre otras.
- Ocasionadas por hepatotoxicidad farmacológica.

2 Objetivos

Efectuar una actualización en conocimientos como profesional de enfermero sobre la cirrosis hepática, así como sus síntomas, tratamiento y medidas preventivas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a término una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha efectuado 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

Etiología:
- Astenia.
- Anorexia y pérdida de peso.
- Ictericia. Tanto a nivel de la dermis como ocular.

- Alteraciones en la coagulación y vascularización de la sangre. Pueden ocasionarse arañas vasculares.

- Náuseas, fatigas y vómitos.
- Obstrucción de la vía biliar.
- En varones, hinchazón mamaria e inclusive impotencia.
- En sucesos muy avanzados, se puede desarrollar hipertensión portal, con lo que además logra aparecer: ascitis, varices y dilataciones esofágicas, peritonitis bacteriana, síndrome hepatorrenal y encefalopatía hepática.

Diagnóstico.

Anamnesis:

Entrevista sobre hábitos alimenticios, consumo de alcohol y drogas, uso de esteroides y anabolizantes, historia de hepatitis previas, antecedentes familiares sobre patología hepática y autoinmune.

Exploración física:

- Abdomen: se busca presencia de hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, peritonitis bacteriana, dilatación de las venas del abdomen.
- Tórax- cuello- cara: se busca presencia de ginecomastia (varones), incremento del tamaño del paratiroides, telangiectasias aracniformes en cara.
- Extremidades: edemas en miembros inferiores, dedos en modo de palillo de tambor, enrojecimiento de la palma de las manos.
- A nivel de piel y ojos: Ictericia.

Analítica:

- Bioquímica: incremento de las transaminasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina. Descenso de albúmina.
- Hemograma: anemia, déficit de ácido fólico.
- Coagulación: incremento del INR y niveles disminuidos del tiempo de protrombina.

Pruebas de imagen:

La ecografía es el método de elección, dado su bajo coste y su efectividad. Se logra diagnóstico certero desde las etapas tempranas de la patología. Cuando el enfermo es diagnosticado, se suele solicitar tomografía axial computarizada (TAC) abdominal para poder evaluar el alcance de las lesiones hepáticas y de los órganos secundarios que han podido verse afectados, como vesícula biliar o esófago.

Biopsia hepática:

Confirma la presencia de cirrosis, así como el posible agente causal.

Tratamiento.

Para la primera etapa de la patología el tratamiento se basará en medidas preventivas, para que no aparezcan complicaciones y se pueda cronificar. Mientras que, para la etapa avanzada, el tratamiento irá enfilado a los síntomas más graves alcanzando el llegar a plantearse el trasplante hepático.

Nos vamos a centrar en el tratamiento general, que es donde la enfermera adopta el papel más significativo tanto en la aplicación de cuidados como en la prevención y promoción de la salud.

Tratamiento general y medidas preventivas:

- Abstinencia alcohólica.

Existen estudios que determinan, que alrededor del 60-70 % de los enfermos que padecen cirrosis hepática, se debe al consumo de alcohol. La abstinencia hace que los enfermos tengan una mejoría notable en las primeras fases de la patología.

- Suplementos vitamínicos.

En la gran mayoría de estos enfermos se ostenta un déficit de vitaminas, tanto liposolubles como hidrosolubles, más aún cuando el enfermo debe su patología al alcoholismo. Por lo que se deben aportar suplementos vitamínicos, en especial las vitaminas del grupo B y zinc.

- Efectuación de ejercicio físico.

Se aconseja la efectuación de ejercicio físico moderado, para que los enfermos no sufran tanta pérdida muscular.

- Vacunación frente a Hepatitis B y C.

Los enfermos que están pendientes de trasplante renal se aconseja la vacunación frente a estas patologías, sino tuvieran vacunación previa.

- Dieta equilibrada.

Existen algunos estudios que estiman que alrededor del 25 % de los enfermos cirróticos presenta malnutrición. Antiguamente, se les restringía a este tipo de enfermos el aporte proteico, actualmente se aconseja que estos enfermos. Consuman de 1-1.5 g/kg/día de proteínas, para no sufrir riesgo de malnutrición.

Las grasas deben de estar presentes, aunque con moderación, ya que el hígado está sobrecargado.

Los hidratos de carbono deben de estar presentes en un 45-75 % de la dieta.

Se debe restringir el consumo de sal, a no ser que presenten hiponatremia.

Se encomienda una ingesta hídrica adecuada, en enfermo con ascitis debemos de estar pendientes de que no realicen un balance hídrico negativo (1ml/ kcal/ día).

5 Discusión-Conclusión

En las etapas tempranas de la patología, enfermería adoptará el papel de instruir al enfermo en promoción y prevención de la salud, para mejorar su calidad de vida y que el enfermo muestre una disposición para mejorar su propia salud, de esta manera podemos evitar la progresión de la patología.
El enfermo con cirrosis precisa gran cantidad de cuidados cuando requieren hospitalización.
A menudo nos encontramos con enfermos que además de precisar dieta específica, precisan de administración de fármacos para los síntomas más graves como la encefalopatía hepática o la cirrosis. El papel de la enfermera consistirá en administración farmacología y soporte para las técnicas diagnóstica.

6 Bibliografía

1. Roesch-Dietlen, F., González-Santes, M., Sánchez-Maza, Y. J., Díaz-Roesch, F., Cano-Contreras, A. D., Amieva-Balmori, M., & Ortigoza-Gutiérrez, S. (2021). Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. Revista de Gastroenterología de México, 86 (1), 28-35.
2. Llerena, S., Cuadrado, A., de Lope, C. R., & Crespo, J. (2020). Complicaciones de la cirrosis hepática. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(6), 316-326.
3. Santos, S. C., Blanco, M. V., & Nicó, A. C. (2020). Caracterización de enfermos con cirrosis hepática por alcoholismo. 16 de Abril, 59 (277), 867.
4. Azabache Vásquez, A. V. (2020). Características epidemiológicas, clínicas y ecográficas de la cirrosis hepática en hospital regional docente de Trujillo. Periodo 2012-2016.
5. Ciurea, T., Istrătoaie, O., Militaru, C., Donoiu, I., & Deliu, R. (2018). Correlaciones de la función diastólica en enfermos con cirrosis hepática alcohólica. CorSalud (Revista de Patologíaes Cardiovasculares), 10 (2), 1.5

Capítulo 64

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS

CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

Una transfusión de sangre y/o hemoderivados es un procedimiento médico rutinario en el cual el paciente recibe sangre donada a través de un sistema de transfusión colocado en una vena del brazo.

Este procedimiento salva vidas y ayuda a reemplazar la sangre perdida en una cirugía o en una lesión. La transfusión sanguínea también puede estar indicada y ser útil cuando una enfermedad impide que el cuerpo produzca de forma adecuada sangre o algunos de sus componentes, ante signos de shock hipovolémico y/o en una disminución en la capacidad sanguínea para transportar el oxígeno.

En función del estado del paciente, se realizará una transfusión de sangre total o de alguno de sus componentes, pudiendo ser una transfusión de eritrocitos; una transfusión de plasma fresco congelado (PFC); una transfusión de plaquetas; una transfusión de crioprecipitado.

Generalmente, las transfusiones de sangre se realizan sin complicaciones. Se considera un procedimiento seguro, pero no está exento de complicaciones. Si se presentan complicaciones, suelen ser leves, y las que son graves raramente ocurren durante la transfusión.

Las reacciones más frecuentes comprenden reacciones alérgicas que provocan urticaria, picazón y fiebre.

Este procedimiento lo realiza el profesional de Enfermería, el cual debe estar formado y preparado para aportar los cuidados necesarios antes, durante y después de realizar la técnica, así como ante la presencia de posibles complicaciones, sabiendo acotar rápidamente ante ellas.

2 Objetivos

El principal objetivo que persigue este presente capítulo es determinar el procedimiento y establecer los cuidados de enfermería en la transfusión de sangre y hemoderivados.

3 Metodología

Revisión bibliográfica entre agosto y septiembre de 2022, realizando búsquedas en bases de datos científicas como: Pubmed, Dialnet, Cuiden y Cochrane. Para ello, se utilizaron palabras clave como: enfermería, transfusión sanguínea, hemoderivados, procedimiento, técnica. Para Pubmed, se utilizaron una serie de términos Mesh acordes con el tema. Además, se utilizaron términos libres como: sangre, eritrocito, hemoglobina, transfusión, administración, protocolo.
También se han consultado diferentes revistas nacionales de enfermería, guías clínicas de actuación y protocolos hospitalarios.
Tras la búsqueda, con los resultados obtenidos, se comienza una lectura rápida de los mismos para elaborar fichas con las ideas más relevantes. Tras la lectura rápida, se realiza una segunda lectura minuciosa para recopilar la información más significativa y proceder a su revisión.
Finalmente, se llevaron a revisión y estudio 7 referencias bibliográficas, las cuales quedan reflejadas en la bibliografía.

4 Resultados

Como bien se indicaba anteriormente, el procedimiento de transfusión de sangre y hemoderivados es una técnica que está dentro de las competencias de Enfermería, siendo este profesional quien lo lleva a cabo. Para ello, es necesario contar con el material adecuado, preparándolo antes de comenzar el proceso. Enfermería debe contar con:

- Pulsera identificativa para transfusión.
- Guantes desechables y estériles.

- gasas estériles.
- Sangre y/o componentes sanguíneos.
- Sistema para la infusión de sangre y/o componentes sanguíneos.
- Equipo de administración sanguínea.
- Suero salino.
- Monitor para controlar las constantes vitales.

Referente al procedimiento, Enfermería debe:

- Explicar al paciente el procedimiento.
- Comprobar que la sangre y/o componentes sanguíneos a administrar corresponden a los del paciente.
- Verificar que la sangre y/o componentes hemáticos estén perfectamente, comprobando que el color y el aspecto sean los adecuados.
- Preparar el equipo de administración.
- Colocar la unidad de sangre y/o componentes sanguíneos en el manguito de infusión y ajustar la velocidad.
- Purgar el sistema con suero salino.
- Si fuera necesario, conectar la bolsa al calentador.
- Conectar el sistema de infusión a la vía venosa de administración.
- Comenzar la administración de sangre y/o componentes sanguíneos cerrando el paso de la solución salina.
- Ajustar el ritmo de infusión. La velocidad de infusión será de 10-15 gotas/minuto. Esta ritmo de infusión se debe a que si existiera una reacción transfusional el paciente solo recibe una pequeña cantidad de sangre.
- Una vez concluida la transfusión, lavar el sistema de infusión con suero salino.

Los cuidados de Enfermería en la transfusión de sangue y/o hemoderivados fundamentados garantizan la calidad de atención y seguridad del paciente. Dentro de los cuidados que debe prestar Enfermería están:

- Monitorización de las constantes vitales de manera continuada, registrando los valores de tensión arterial y temperatura antes de comenzar la transfusión y cada 15 minutos durante la misma.
- Valorar la presencia de signos y síntomas que indiquen reacción transfusional (suelen aparecer en torno a los 15 minutos tras el inicio de la transfusión). Si apareciera cualquier signo o síntoma de reacción adversa, para inmediatamente la transfusión.
- Realizar una determinación sanguínea para valorar la eficacia de la transfusión.
- Registrar en las hojas de Enfermería el procedimiento que se ha llevado a cabo (cantidad administrada, identificación del componente sanguíneo, constantes vitales antes, durante y después, así como los resultados de las determinaciones

sanguíneas antes y después a la transfusión).
Los cuidados de enfermería en este procedimiento deben incluir la educación al paciente, los cuidados durante la infusión, la documentación, la evaluación de la respuesta terapéutica y la rápida intervención.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta presente revisión bibliográfica, se puede concluir que la técnica de transfusión de sangre y/o hemoderivados es un procedimiento que se realiza de manera rutinaria dentro del ámbito sanitario. A pesar de ser segura, no está exenta de complicaciones.
Se lleva a cabo por el profesional de Enfermería, el cual debe estar perfectamente formado y cualificado para realizar la técnica, prestando unos cuidados específicos al paciente antes, durante y después de realizarla.
A sí mismo, debe reconocer los posibles efectos adversos que se sucedan en el paciente a consecuencia de la administración y actuar inmediatamente ante ellos, dando una respuesta adecuada en cada situación.
Dentro de la medicina transfusional, la labor de Enfermería es esencial para preservar la salud del paciente, siendo importante estandarizar los cuidados específicos para brindarle una atención de calidad.

6 Bibliografía

- Valderrama Sanabria, M. L., Malpica Estupinán, F. N., & Franco Vargas, K. Y. (2015). Cuidado de enfermería en la administración de hemoderivados. Revista Cuidarte, 6(1), 955-963.
- Palma, B. (2018). Aspectos generales de la transfusión de sangre y sus componentes. Revista Médica Vozandes, 29(2), 83-90.
- Reyes, O. A. O., Arreola, M. O. S., Olvera, S. I. N., & Castro, J. A. P. (2018). Manejo de las transfusiones por parte de Enfermería. Revista Conamed, 21(S3), 122-126.
- i Porcar, M. J., & Gimeno, M. L. G. (2002). Cuidados enfermeros durante la transfusión de sangre. Metas de enfermería, 5(44), 12-17.
- Mattia, D. D., & Andrade, S. R. D. (2016). CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRANSFUSIÓN DE SANGRE: UNA HERRAMIENTA PARA EL MONITOREO DEL PACIENTE. Texto & Contexto-Enfermagem, 25.
- Chávez, O. F., Sánchez, R. J., Rico, J. A., Vázquez, J. R., & Padilla, M. S. (2016). Intervenciones de enfermería en la transfusión sanguínea. Educación y Salud

Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 5(9).
- Grados López, A. (2018). Efectividad de los cuidados de enfermería en la administración de Hemoderivados en Pacientes de emergencia.

Capítulo 65

ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

ANA ANTEQUERA GÓMEZ

YOLANDA COLMENAR MARTÍN

FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA

REBECA GARCÍA PLAZA

PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica con sus siglas (EPOC) es un proceso patológico de mayor prevalencia en el mundo de occidente. En nuestro país se estima que afecta a un 10 % de las personas con más de 35 años y a un 25 % de los mayores de 60 años. Su relación que es causal con el consumo de tabaco es sin duda directa, por lo que se espera que la frecuencia se sume más en la próxima década. Las repercusiones laborales, en la sanidad y socioeconómicas de la EPOC son bastante importantes y con sus consecuencias, por la incapacidad que genera con la morbimortalidad, también tienen mucho significado. Estas son razones, entre muchas, que convierten la EPOC en un problema de salud pública, que de forma forzosa se ha de estar en el punto de mira con los responsables de la salud y, de forma obvia, y en la comunidad científica. El enfermo con una
EPOC se precisa una importante asistencia en la salud, por lo tanto en atención primaria como en el ámbito de especializada hospitalaria. En los dos lugares se

consume una cantidad grande de recursos sanitarios. En nuestro país la EPOC origina, en una aproximación, un 11 % de las consultas de primaria y un 37 % de las consultas de neumología, y resulta un 35 % de las incapacidades laborales definitivas. Además, es el responsable de un 8 % de ingresos hospitalarios y se encuentra en cuarto lugar entre las causas de muerte (35 fallecimientos/100.000 habitantes/año). Los gastos que produce esta enfermedad ascienden a un 3 % del presupuesto anual del Ministerio de Sanidad y Consumo y a un 0,30 % del producto interior bruto.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer y explicar por parte del equipo de enfermería recomendaciones sobre la epoc.

3 Metodología

Para poder realizar el siguiente trabajo se ha realizado una investigación sobre la literatura científica que existe en estos momentos sobre la lactancia materna. Para ello se ha hecho una búsqueda de artículos científicos en distintas Revistas Científicas y en varios buscadores de internet tales como Scielo, Medline, Medline Plus y Google Scholar. Tras realizar la búsqueda se han seleccionado los artículos más relevantes.

4 Resultados

Cuando se tiene la sospecha de que un paciente pueda padecer EPOC por ser un fumador crónico con síntomas o sin ser fumador, tener signos típicos, el diagnóstico tiene que confirmarse mediante una espirometría de esfuerzo, esta debe realizarse de forma obligatoria en la evaluación de inicio de todo paciente. Esta prueba puede permitir, además, de determinar la gravedad del proceso y poder clasificar la enfermedad. La técnica de la espirometría debe de reunir los criterios de calidad que establecen por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Las actividades que son de inicio a realizar ante un paciente con una sospecha de EPOC son y han sido, por consiguiente, las siguientes que mencionamos:

- La valoración clínica: síntomas y signos, tabaquismo con comorbilidad, agudizaciones, ingresos hospitalarios, efectos secundarios e interacciones de los

tratamientos y estado nutricional.
- Espirometría de esfuerzo y test de broncodilatación.
- La valoración de otras exploraciones como radiografías de tórax, gasometrías arteriales, determinaciones de alfa-1 antitripsina sérica en el caso de no tener una determinación previa con el análisis de sangre y orina, electrocardiograma (ECG), etc.
- El plan de tratamiento inicial.
- La educación sanitaria es información sobre la enfermedad y la técnica de inhalación con consejo de antitabaco siguiendo una dieta y el ejercicio, vacunas antigripal y antineumocócica.
- La estimación de la calidad de vida.
- La valoración de aspectos familiares y de tipo psicosociales.

En las visitas que se realizan de seguimiento se puede analizar la evolución de esta enfermedad, se pueden solicitar las pruebas complementarias para que sean pertinentes y evaluar el tratamiento y las vacunas para reforzar la educación sanitaria. Para ser concreto, las actividades de seguimiento tienen que ser: una valoración clínica con los síntomas y signos posibles con las complicaciones, efectos secundarios de los tratamientos, agudizaciones, etc.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión que la antibioterapia no está justificada en todas las agudizaciones de esta enfermedad. El uso de antibióticos se tiene que decidir en relación con que exista la presencia de al menos de los tres síntomas que indican que exista de una agudización infecciosa de la naturaleza bacteriana: el incremento de la disnea, el aumento del volumen de la expectoración y la purulencia del esputo. Si los tres síntomas siguen estando presentes, deben administrarse un antibiótico. Sin embargo solo se observan uno o dos síntomas, las indicaciones deben valorarse individualmente. En cualquier caso, las agudizaciones de una EPOC grave debe siempre tratarse con antibióticos por el riesgo que puede comportar un fracaso terapéutico.

6 Bibliografía

1. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CPW, Hershfield ES, Harding GKM, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1987; 106: 196-204.

2. Balter MS, Hyland RH, Low DE, Renzi PM, Brade AC, Cole PJ. Recommendations on the management of chronic bronchitis. A practical guide for canadian physicians. Can Med Ass J 1994; 151(Supl):7-23.

Capítulo 66

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS PARA ENFERMERÍA. PREVENCIÓN Y BUENA PRAXIS DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

ANA ANTEQUERA GÓMEZ

YOLANDA COLMENAR MARTÍN

FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA

REBECA GARCÍA PLAZA

PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

Una correcta higiene de manos es esencial en el ámbito sanitario, consiguiendo esto se reduce la cantidad de infecciones que sufren los pacientes como consecuencia de la asistencia sanitaria directa, además, los microorganismos intrahospitalarios suelen ser muy dañinos, por eso se les considera multirresistentes, de forma que prevenir la transmisión de estos permite mejorar los estándares de calidad hospitalaria.

La higiene de manos consiste en la acción de limpiarse las manos, lo cual consiste tanto en eliminar la suciedad macroscópica (que es visible a simple vista), como la microscópica, es decir, la muerte de los microorganismos que se adquieren al

realizar las actividades rutinarias en el trabajo, por ejemplo, al estar en contacto con otros pacientes, el equipo médico que se encuentra contaminado por ser usado, así como estar en contacto con el propio medio sanitario.
Si no se realiza una higiene de manos adecuada, las manos estarán más contaminadas y por tanto, se aumentarán los riesgos para la salud.
Existen diferentes técnicas y productos para realizar una correcta higiene de manos, los cuales tienen diferentes presentaciones comerciales que se pueden encontrar en los centros sanitarios y cuyo funcionamiento y calidad está contrastada, de modo que al utilizar productos certificados, se obtiene un respaldo científico a la hora de realizar la higiene de manos de forma adecuada.

2 Objetivos

Analizar la literatura disponible sobre la higiene de manos en el ámbito sanitario, de esta forma se puede explicar la técnica y productos utilizados para su realización, siempre basado en la evidencia más actualizada disponible.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente, una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la realización adecuada de la higiene de manos, existen diferentes técnicas, las cuales pueden resumirse en:
- Proceso de lavado de manos con agua y jabón:
Para realizar esta técnica primero se mojan las manos, posteriormente se aplica jabón en cantidad suficiente, tras lo cual se frotan las manos entre sí, la palma de una contra el dorso de la otra mano mediante movimientos rotacionales, repitiendo finalmente este movimiento con la punta de los dedos, para terminar el proceso enjuagando las manos y secarlas con toallas de un solo uso.
Esta técnica es la más extendida y reconocida a nivel internacional, ya que está

respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es utilizada en múltiples centros sanitarios de todo el mundo.

- Uso de preparaciones alcohólicas, comúnmente conocidas como soluciones hidroalcohólicas:

Son fórmulas especialmente diseñadas para eliminar la mayor parte de microorganismos y garantizar un alto nivel de higiene cuando no se dispone de agua o se precisa realizar una intervención de manera rápida e inminente. El principal inconveniente de esta técnica es que no se elimina la suciedad.

- Técnica de lavado quirúrgico o antiséptico:

Este procedimiento es similar a la técnica de lavado con agua y jabón que respalda la OMS, aunque en este caso se utilizan jabones antisépticos de clorhexidina, clorhexidina alcohólica o de Povidona yodada y siempre habrá que realizarlo en concordancia con los protocolos establecidos dentro del hospital.

Esta técnica está pensada para proceder a la colocación de los guantes estériles, previo a la realización de intervenciones quirúrgicas invasivas, de modo que se busca garantizar la esterilidad a la hora de realizar este proceso.

De este modo, es muy importante destacar que el personal del hospital debe lavarse las manos siempre en las siguientes circunstancias:

- Antes de realizar tareas antisépticas.
- Antes de entrar en contacto con el paciente.
- Tras estar expuesto a fluidos corporales de los pacientes.
- Tras estar en contacto con el paciente.
- Tras entrar en contacto con el entorno donde está el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se puede observar en la bibliografía consultada que es muy importante realizar un lavado de manos adecuado.

El lavado de manos se adaptará a cada una de las circunstancias que se manejen en el ámbito sanitario, por tanto se puede realizar mediante el uso agua y jabón en las situaciones más comunes, con gel hidroalcohólico en los momentos que precisan de mayor rapidez para el inicio de las tareas asistenciales, o mediante la realización de la higiene de manos quirúrgica, para realizar intervenciones de este tipo.

Por otra parte, es muy importante remarcar el valor que la correcta higiene de manos tiene a la hora de disminuir la contaminación y propagación de patógenos entre diferentes pacientes, de modo que se dificulta la transmisión de infecciones

en el medio sanitario, lo cual tiene como objetivo último la de proteger al paciente, personal sanitario y familiares.

6 Bibliografía

1. Fernandez Garcia, JB, De la Arena del Llano, MA, Fernandez Rodriguez ME. Higiene de manos en los centros sanitarios. II Congreso Virtual SICEPA. USIPA; 2022.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). La higiene de manos salva vidas. 2021.

Capítulo 67

ENFERMERÍA EN LA UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (TPN) EN LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS

ANA ANTEQUERA GÓMEZ

YOLANDA COLMENAR MARTÍN

FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA

REBECA GARCÍA PLAZA

PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

Según el laboratorio Smith Nephew, la terapia de presión negativa aplicada a la curación de heridas es una tecnología no invasiva que favorece la cicatrización.
Las enfermeras utilizan distintas terapias para el tratamiento de las heridas quirúrgicas y a la hora de decidir la inclusión de una nueva terapia es importante conocer la evidencia que la sustenta.
En una publicación de Molina et al. comenta que esta terapia está aumentando para tratar las heridas postquirúrgicas. Este tratamiento consiste en ejercer una presión más baja que la atmosférica, de esta manera, aspira la zona y drena la herida.
Norman et al. apunta, en una publicación del año pasado, que la cirugía puede desarrollar infección en el sitio quirúrgico, la incidencia de esta situación puede lle-

gar a un 40 %. Distintos factores influyen en ese mayor riesgo, entre ellos la edad, la dieta, el peso y enfermedades como diabetes, enfermedad cardiaca o cáncer.
Otras consecuencias de la infección en el sitio quirúrgico, para el paciente, son el dolor, aumento de la estancia hospitalaria y mayor riesgo de separación de los bordes de la herida (dehiscencia). El peso del paciente puede aumentar el riesgo de dehiscencia. El gasto en el tratamiento de la infección en el sitio quirúrgico, es otra consecuencia a tener en cuenta.
Incluir esta técnica descrita en el artículo de Norman et al. en la práctica habitual de la enfermería no sería complicado, ya que consiste en colocar un apósito unido a una bomba de vacío que succiona el flujo de la herida.
El propósito de este trabajo es conocer la evidencia científica de utilizar la terapia de presión negativa (TPN) en las heridas quirúrgicas desde la perspectiva de utilizarla en la práctica diaria de la enfermera.

2 Objetivos

- Conocer la evidencia científica actualizada sobre la utilización de la TPN en heridas quirúrgicas.
- Exponer evaluaciones económicas realizadas sobre la utilización de la TPN en heridas quirúrgicas.

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 Scielo y Pubmed.

4 Resultados

En las bases de datos consultadas se encuentran 26 publicaciones, de las cuales se analizaron 4 que estaban relacionadas con la utilización de esta tecnología en las heridas quirúrgicas.
La revisión sistemática realizada por Molina et al. concluye que actualmente no se encuentran resultados de ensayos clínicos, de buena calidad, con respecto a la efectividad clínica del tratamiento de las heridas quirúrgicas cicatrizando por

segunda intención. Las evaluaciones económicas son muy escasas. Los resultados encontrados no proceden de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) rigurosos.
Los autores encuentran que existe una falta de pruebas de los efectos beneficiosos y perjudiciales potenciales del THPN.
La publicación apunta que se necesitan más estudios de investigación de mejor calidad para determinar la efectividad del THPN en las heridas quirúrgicas que cicatrizan por segunda intención. Se necesitan resultados provenientes de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) rigurosos.
Según los autores, es muy escasa la evidencia sobre evaluaciones económicas en el tratamiento de heridas postquirúrgicas.
La comprobación realizada por Norman et al. la THPN probablemente reduce el riesgo de infección en el sitio quirúrgico (ISQ) en comparación con los apósitos utilizados habitualmente. En relación con la dehiscencia encuentra evidencia que sugiere que no hay una diferencia entre esta terapia y la atención habitual.
En esta publicación, encuentran evidencia de certeza moderada relacionada con el coste-efectividad de esta terapia, ya que, probablemente, es coste-efectiva para las heridas de cesárea en las mujeres obesas. También encuentran que probablemente no es coste-efectiva en heridas quirúrgicas por fractura.
La evidencia del coste-efectividad del THPN en otras heridas quirúrgicas es de certeza baja o muy baja.
En una revisión realizada por Dumville et al. concluyen que faltan estudios de calidad sobre efectos beneficiosos y perjudiciales potenciales de esta técnica.
En una publicación de Webster et al. de la Cochrane, encontraron que no existe suficiente evidencia de los efectos de la terapia de heridas con presión negativa (NPWT) en la disminución de la infección en el sitio quirúrgico (ISQ), en la dehiscencia de la herida, al igual que el efecto en el tiempo que tarda en cicatrizar. En cambio, puede ser menor la pérdida de los injertos, aunque los productos que se diseñan en los hospitales son tan útiles como las marcas comerciales. No encuentran mejoría en el tema del dolor.
El estudio sugiere limitar esta terapia en la cirugía ortopédica hasta establecer su seguridad en esta cirugía, debido a las ampollas que produce. Concluyen que se necesitan ensayos de calidad en relación con el costo, la generalización del uso de la técnica y la evaluación de efectos en incisiones quirúrgicas limpias y cerradas. Estos ensayos deben centrarse en las heridas de difícil curación como las del esternón o en pacientes obesos.
Por último, y dado el costo y el empleo generalizado de NPWT, comentan que existe una necesidad urgente de ensayos de alta calidad y con la potencia adecuada para evaluar los efectos de los productos NPWT más nuevos que están diseñados

para su empleo en incisiones quirúrgicas limpias y cerradas.

5 Discusión-Conclusión

En los estudios analizados relacionados con la dehiscencia, no encuentran diferencias entre la utilización de esta terapia y la atención habitual. En relación con el dolor, no se encuentra mejoría con la utilización de esta terapia.
Tampoco encuentran ensayos clínicos de calidad, respecto al tratamiento con esta terapia, en heridas quirúrgicas cicatrizando por segunda intención.
Por último, se necesitan más estudios de calidad relacionados con los efectos beneficiosos y perjudiciales de esta terapia, evaluaciones económicas, generalización del uso de la técnica, reducción del riesgo de infección en el sitio quirúrgico, efectos en el tiempo de cicatrización, efectos en incisiones quirúrgicas limpias y cerradas y por último, en heridas de difícil curación.

6 Bibliografía

1. Smith Nephew. ¿Qué es la TPN?. [Consultado 9 Mar 2021] Disponible en: https://www.smith-nephew.com/espana/productos/curacion-deheridas/terapiade-presion-negativa/.
2. Molina, Linde JM, Carlos Gil AM. Márquez Peláez S, Rosario Lozano MP, Benot López, S. Eficacia, seguridad y eficiencia del sistema de terapia de presión negativa V.A.C. en heridas traumáticas y postquirúrgicas. Revisión sistemática. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2015. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Capítulo 68

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES COMO SON LOS ICTUS

MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES

NURIA GALLEGO DEL RÍO

TERESA ROVIRA CAÑIZARES

RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA

ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ

1 Introducción

Se define Código Ictus, al reconocimiento precoz de signos y síntomas que pueden originar un ictus, una enfermedad cerebrovascular producida por la obstrucción o el bajo flujo sanguíneo.
El ictus supone, actualmente, la segunda causa de mortalidad en el mundo.
Ante un Código Ictus, se priorizan los cuidados y el traslado inmediato al hospital más cercano, para aplicar un tratamiento en las primeras horas de la fase aguda.
Este accidente cerebrovascular puede darse de dos formas distintas: uno sucede al suspenderse de manera espontánea el flujo sanguíneo a una de las partes del cerebro provocando una isquemia cerebral que es el cual nos vamos a centrar. Por ejemplo que un trombo obstruya la circulación sanguínea en alguna zona del cerebro, y como consecuencia empieza a dañarse y morir células, también

puede ocurrir que ciertas enfermedades estrechen el vaso sanguíneo, llegando a cerrarse por completo.
Los síntomas que nos pueden indicar un Ictus son muy variados: puede ocurrir debilidad muscular en uno de los lados del cuerpo, apraxia, afasia, pérdida de visión en uno o ambos ojos, confusión repentina, mareos, dolor de cabeza, etc.
Es imprescindible identificar qué lo ha podido causar, ya que será determinante para concretar el tratamiento que se le proporcionará y el plan terapéutico que se le aplicará para que no se vuelva a repetir.

2 Objetivos

Informar sobre los síntomas de los accidentes cerebro vasculares y actualizar los cuidados enfermeros en la actuación intrahospitalaria ante el Código Ictus.

3 Metodología

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

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud define el Ictus como la afección neurológica, de origen vascular, y de aparición súbita, que perdura más allá de las 24 horas, produciendo un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral.
Los objetivos del Código Ictus intrahospitalario, se basan en minimizar el tiempo entre el inicio de los síntomas y el acceso a un posible tratamiento cuando se ha producido el diagnóstico. El área de Neurología iniciará un protocolo de ictus en el que el paciente será evaluado y se ejecutará una neuroimagen.
El paciente debe determinar si sus síntomas podrían ser de un posible ictus, porque en pocos minutos, el cerebro puede destruirse por completo, pudiendo provocar secuelas permanentes y a pesar de todos estos síntomas, muy pocas personas pueden reconocerlos.
Los principales factores de riesgo son: edad y sexo, factores hereditarios, dislipemias, raza/etnia, localización geográfica, bajo peso al nacer, dipertrofia ventricular, diabetes, homocisteinemia, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol,

azúcar sal o drogas, uso de anticonceptivos orales, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía: fibrilación auricular, endocarditis infecciosa, tabaquismo, anemia de células falciformes e ictus previos.
Los ictus se clasifican:
Los isquémicos: se producen cuando existe una interrupción del aporte de oxígeno a una región del cerebro, bien por un trombo, un émbolo o por una estenosis.
Los hemorrágicos son sangrados traumáticos que ocurren en el cerebro, en los ventrículos, en el espacio subaracnoideo o en el espacio subdural.
La enfermera de triaje debe de identificar una posible enfermedad neurológica con signos y síntomas de sospecha de ictus, basados en el inicio brusco y la etiología vascular el paciente presente. Esta será la encargada de verificar la dosis prescrita, el bolo y la perfusión acorde al peso del paciente, así como de la preparación y dilución del fármaco.

5 Discusión-Conclusión

El ictus supone uno de los problemas socio-sanitarios más preocupantes a nivel nacional y esto es debido a la elevada morbimortalidad. Es muy importante actuar muy rápido cuando una persona sufre un accidente cerebrovascular, ya que las secuelas puede variar mucho, incluso puede comprometer la vida de la persona, en muchas ocasiones es inevitable que haya secuelas.
Por tanto, es necesario seguir con una alimentación saludable limitando el consumo de sal para favorecer la presión arterial baja y salud vascular para así reducir el riesgo de sufrir un ictus aparte de evitar el tabaquismo, obesidad y otras sustancias nocivas para la salud.

6 Bibliografía

www.google.es
www.revistamedica.com

Capítulo 69

ENFERMERÍA: MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE POSIBLE RELACIÓN CON EL USO DEL CHUPETE

SARA VILLEGAS MENOR

MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO

ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA

1 Introducción

El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante es la muerte repentina de un lactante menor de un año que se muestra aparentemente sano.
Es un síndrome también llamado “muerte en cuna” o “muerte blanca”.
Normalmente, se encuentra al lactante fallecido tras haberlo puesto a dormir, no mostrando signos aparentes de sufrimiento.
Es un síndrome que sigue produciendo cierto desconcierto debido a la gravedad de las consecuencias y a las pocas respuestas que se tienen acerca de como prevenirlo.
Se cree que existen múltiples factores que pueden provocar este síndrome como pueden ser defectos físicos del propio bebé, factores ambientales de sueño así como factores de riesgo que existentes tanto durante el embarazo como en el periodo neonatal.
Hoy en día el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante sigue siendo la primera causa de muerte en lactantes hasta un año de edad en países desarrollados.

El uso del chupete ha estado en duda en décadas atrás, ya que se relacionaba con una mala instauración de la lactancia materna y aunque hoy en día no existen muchos estudios sobre el tema se está observando que es recomendable ofrecer el chupete durante el primer año de vida para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante entre otros muchos como la posición de supino, colchón duro, lactancia materna a demanda, no abrigar ni tapar en exceso tanto por el calor como por el peso, el colecho (room- sharing) sin compartir cama (bed-sharing), y siempre y cuando la lactancia materna ya se haya instaurado (retrasar hasta el mes de edad) en el caso de que sea la opción elegida para alimentar al lactante y teniendo especial cuidado de no forzar en el caso de que no guste al bebé, no untar con sustancias dulces ni por supuesto ofrecerlo con correas y sujeciones para chupetes con el riesgo propio de asfixia.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es reconocer que el uso del chupete previene el síndrome de muerte súbita del lactante y demostrar además que no interfiere en la lactancia materna.

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 uso del chupete ha estado un tanto paralizado durante años, ya que se creía que podía entorpecer la lactancia materna, pero se ha demostrado que si se introduce una vez instaurada la lactancia no debería causar ningún problema.
No se conoce una causa clara que provoque el SMSL aunque se relaciona con múltiples factores como acostar al niño boca abajo, superficie blanda, arropar excesivamente, sexo masculino o fumar durante el embarazo.
Se ha demostrado que el uso de chupete aumenta los microdespertares y mantiene la lengua en posición anterior, aumenta los niveles de dióxido de car-

bono y el tono muscular de la vía aérea así como un incremento de la IgA por la succión no nutritiva.
La finalidad de este estudio fue demostrar que el uso del chupete previene que se produzca la muerte súbita del lactante y de toda la literatura revisada nos encontramos con cierta controversia entre los profesionales de pediatría a la hora de recomendarlo, ya que por un lado se demuestra que produce beneficios, no está claramente demostrado con base en los estudios realizados la existencia real de esta relación.
Es un tema de gran impacto social y de gran repercusión, porque no se puede saber a ciencia cierta quien pueden ser las futuras víctimas ,solo se conocen diferentes factores de riesgo, por lo que va a seguir dando origen a nuevas investigaciones que puedan relacionar el uso con la prevención.
Una vez dicho todo esto el Síndrome de Muerte Súbita del lactante es una experiencia traumática, pero que con unas recomendaciones que a priori se admiten como sencillas, muchas veces no se siguen de manera correcta y provocan un fatal desenlace por lo que los profesionales de la salud deberían recomendar con mayor insistencia para prevenir este tipo de muertes o intentar reducirlas al mínimo.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta revisión bibliográfica se ha llegado a la conclusión de que el uso del chupete supone un gran beneficio en la prevención de este síndrome, ya que su presencia en la boca provoca una obstrucción entre la nariz y boca del lactante sobre el colchón, y se recomienda claramente durante el primer año de vida una vez que la lactancia materna se haya instaurado.
Una vez que los padres son informados tanto de los beneficios como de los inconvenientes que provoca el uso del chupete deben de ser ellos mismos llegados a este punto los que deben de decidir el uso de este dispositivo.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001566.htm
https://kidshealth.org/es/parents/sids-esp.html.
2. https://www.aeped.es/.../documentos/libro-blanco-muerte-subita-infantil
https://www.intramed.net/87235
www.cochrane.org›
neonatal chupetes-para-la-reducción-del-riesgo.

Capítulo 70

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON LAVADO VESICAL CONTINUO

RAQUEL ROCA ÁLVAREZ

SONIA RUIZ MAYORAL

ELISA VÁZQUEZ VALVERDE

MARTA ESPUELA NIETO

MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS

1 Introducción

El lavado vesical continuo es una técnica, muy utilizada en las plantas de hospitalización de Urología, que se utiliza en pacientes que presenten hematuria, ya sea debida a una patología del aparato genitourinario o por una intervención quirúrgica en dicho aparato.
La hematuria consiste en la presencia de sangre en la orina, que puede originarse a cualquier nivel del sistema urinario. La orina hematúrica puede ser rojiza, marrón, morada, negra y en ocasiones verde claro, en función de la concentración y de su origen. En cambio, si hablamos de hematuria microscópica, la orina puede verse clara, y para poder llevar a cabo la detección de la sangre podrá realizarse solo mediante pruebas analíticas en el laboratorio, ya que a simple vista nos podría pasar desapercibido y aparentar ser una prima normal. 1,2

Esta técnica permite la expulsión de coágulos, mucosidades o restos tisulares presentes en la vejiga del paciente, y cuyo fin es el de mantener permeable la sonda vesical.
Para mantener la permeabilidad de la sonda vesical cuando un paciente presenta hematuria, se introduce una solución de irrigación de forma continua, a través de un sistema de lavado, y la expulsión de dicha solución a través de la sonda vesical.

2 Objetivos

Definir la técnica de lavado vesical y la finalidad de la misma.
Concretar cuáles son las intervenciones y cuidados de enfermería en el manejo del lavado vesical continuo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos, tales como Science Direct, Pubmed. También se han utilizado revistas digitales y enciclopedias médicas como MedlinePlus y Medical Encyclopedia.
Las Palabras clave utilizadas son: Lavado vesical, enfermería, cuidados, complicaciones, ventajas.

4 Resultados

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en introducir una sonda vesical desde el meato uretral hasta la vejiga, con el fin de obtener una vía de drenaje, transitoria o permanente.
Se utiliza en obstrucciones urinarias, intervenciones urinarias (para permitir que se cicatricen las vías urinarias), para el control estricto de diuresis, para determinar si queda orina residual después de una micción espontánea, para tratamientos terapéuticos y para recogida de muestras estériles. También está indicado previo a determinadas intervenciones quirúrgicas y en personas con incontinencia urinaria que presentan lesiones en la piel que pueden contaminarse con la orina y que se necesitan mantener secas. 3
Sin embargo, el sondaje vesical está contraindicado en pacientes con prostatitis aguda, en aquellos que presentan lesiones uretrales, tales como fístulas o estenosis, y en pacientes con traumatismos uretrales o pélvicos, debido al aumento de

riesgo de producir segunda vía.
También está contraindicado como tratamiento de primera elección en pacientes que debutan con incontinencia urinaria. 3
Con el lavado vesical continuo lo que pretendemos es conseguir y mantener la permeabilidad de la sonda vesical colocada. También, permite expulsar coágulos o restos que estén presentes en la vejiga, realizar hemostasia quirúrgica y eliminar la orina hematúrica retenida en la vejiga.
Esto se consigue mediante una infusión continua de un líquido de irrigación que entra a través del sistema y sale por la sonda vesical hasta una bolsa recolectora de orina. 1
Para realizar el lavado vesical continuo lo primero que tenemos que hacer es sondar al paciente con una sonda especial, llamada Sonda de 3 vías, Couvelaire o Foley.
A continuación, detallaremos el material y método de sondaje 1,3:
Materiales necesarios:
- Sonda de 3 vías.
- Paño estéril.
- Gasa estéril.
- Guantes estériles.
- Jeringa de 10 ml.
- Agua destilada para inflar el globo.
- Lubricante.
- Solución de irrigación estéril (Normalmente 3000/5000 ml de Suero Salino 0.9%).
- Bolsa de orina.
- Equipo de irrigación.

La sonda de tres vías es una sonda vesical con 3 puntos de acceso y salida, uno por el que se infundirá la solución de irrigación, otra a través de la cual inflaremos el globo y otra por la que se drenará la orina y todo lo que arrastre consigo la solución irrigada. 4
Una vez confirmada la indicación de la técnica por parte del personal médico, procederemos a confirmar la identidad del paciente, presentarnos y explicar la técnica a realizar. 4
Al tratarse de una técnica estéril, antes de comenzar con el sondaje se realizará una limpieza exhaustiva de la zona con agua y jabón y antes de comenzar el sondaje irrigaremos la zona del meato con clorhexidina.
El paciente se colocará en decúbito supino, y si es mujer, en posición ginecológica. 1

Debemos explicar al paciente que el lavado vesical continuo puede ser molesto y puede producir espasmos vesicales (Son contracturas involuntarias del músculo detrusor de la vejiga que se producen de forma intermitente e impredecible y que cursan con calambres abdominales, pérdida de orina, sensación de urgencia de vaciar la vejiga y mucho dolor).

Una vez informado el paciente, y resueltas las posibles dudas que pudiera tener, prepararemos todo el material necesario para la colocación del SV y del sistema de irrigación. 4

La solución de irrigación la colocaremos en un pie de gotero en una posición elevada, conectado al sistema de goteo y purgado con la propia solución de irrigación para evitar introducir aire en la vejiga, que podría provocar la distensión de la misma. 3,4

Para los lavados es importante no utilizar agua, ya que esta mediante un proceso de ósmosis puede absorberse a través de la vejiga y provocar la dilución de los electrolitos en el sistema circulatorio.

Tras realizar la higiene de manos correspondiente y la higiene del paciente, procederemos a preparar nuestro campo estéril, colocarnos nuestros guantes estériles y proceder al sondaje.

Antes de introducir la sonda, comprobaremos que el globo se encuentra en buen estado, inflándolo antes de proceder a la introducción de la sonda. 4

Introduciremos la sonda de 3 vías hasta que comience a salir orina, conectaremos el sistema de lavado con el líquido de irrigación, que caerá por gravedad, e inflaremos el globo de seguridad con los mililitros indicados según modelo y fabricante. Conectaremos la salida a una bolsa de orina y podremos comenzar a realizar el lavado vesical. La bolsa de orina deberá estar ubicada por debajo de la vejiga para evitar el retorno de la orina. 3,4

El ritmo al que infundiremos la solución de irrigación vendrá determinado por el nivel de hematuria del paciente o indicación médica según su patología concreta a través de una llave del sistema de irrigación. Cuanta mayor sea la hematuria, mayor será el ritmo de infusión, con el fin de evitar la formación de coágulos dentro de la vejiga.

Si bien es el personal de enfermería el que regula y vigila estos lavados de forma continua en la planta de hospitalización, será el urólogo el que determine el fin de los mismos.

Para controlar la diuresis del paciente y que no se produzca retención urinaria, se deberá llevar a cabo un control estricto de entradas y salidas, con un balance hídrico en el que reflejaremos la cantidad de solución irrigada y la cantidad recogida en la bolsa de orina. La resta de salida menos entrada debe ser positiva, lo que in-

dica que el paciente no solo no está reteniendo orina, sino que continúa realzando diuresis. 1,3
La bolsa de orina, donde se recolectan las salidas, deberá vaciarse asiduamente, cuando alcance aproximadamente 2/3 de su capacidad, con el fin de evitar que esta se llene o dañe.
La bolsa de irrigación también la cambiaremos antes de estar completamente vacía para impedir la entrada de aire al sistema de goteo. Esta solución debe mantenerse a temperatura ambiente, ya que si la infundimos muy fría puede provocar espasmos vesicales.
Iremos monitorizando y apuntando el aspecto del líquido drenado según vaya evolucionando.
Los riesgos o complicaciones potenciales de esta técnica son:
- Infección urinaria.
- Obstrucción de la sonda.
- Distensión vesical.
- Perforación vesical.
- Espasmos vesicales.
- Dolor.

Es importante vigilar los genitales externos y /o el abdomen, ya que un aumento de tamaño de los mismos nos puede indicar que se está diseminando el líquido de irrigación por el tejido celular subcutáneo. 4
Valoraremos y evaluaremos el estado de conciencia del paciente, ya que la sobrecarga de líquido a través de los senos prostáticos puede producir hiponatremia dilucional, confusión e hipertensión en el paciente portador de lavados vesicales.
La obstrucción de la sonda suele manifestarse con síntomas en el paciente, tales como distensión suprapúbica, dolor agudo en la zona inferior del abdomen, pero también con fugas de orina perisonda, urgencia rectal o síntomas vasovagales en el paciente.
El personal de enfermería debe estar especialmente atengo a los síntomas tempranos de la obstrucción de la sonda, ya que una retención prolongada en el tiempo puede acarrear problemas de salud graves para el paciente y se considera una urgencia médica.
Si observamos que la solución de irrigación cae, pero no se observa salida a través del sistema de la bolsa de orina, sospecharemos que se ha producido una obstrucción de la sonda, por lo que procederemos a parar la irrigación, desconectar el sistema y realizar un lavado manual para conseguir recuperar la permeabilidad de la sonda, extrayendo, con una jeringa de 50 ml los coágulos o restos que obstruyan la luz de la sonda vesical. 1,4

Para realizar un lavado manual, en primer lugar, informaremos al paciente, ya que, si se ha producido retención de orina, la técnica puede ser molesta. Se trata de una técnica aséptica, así que, realizaremos un correcto lavado de manos y utilizaremos guantes adecuados.
Desconectaremos el sistema de goteo, y por esa misma vía, con una jeringa de 50 ml de cono ancho, introduciremos y extraeremos suero salino hasta conseguir permeabilizar nuevamente la sonda, extrayendo los coágulos que se encuentren retenidos en la vejiga. 4
La obstrucción de la sonda también puede producirse por espasmos vesicales, dolor y síntomas vasovagales, tales como mareos. También puede producirse por pérdidas peri sonda, o acodamientos de alguno de los sistemas.
Por ello, debemos asegurarnos de los posibles motivos de dicha obstrucción, preguntando al paciente si tiene dolor, nota espasmos, revisando el sistema de irrigación y el sistema conectado a la bolsa y revisando la existencia de posibles pérdidas de orina alrededor de la sonda.
Si no conseguimos solucionar la obstrucción con ninguna de estas técnicas, procederemos a avisar al urólogo para valoración del paciente en la mayor brevedad posible, con el fin de evitar retención aguda de orina y/o acúmulos de coágulos dentro de la vejiga.

5 Discusión-Conclusión

El lavado vesical continuo es una técnica invasiva que lleva a cabo el personal de enfermería y cuyo objetivo es conseguir mantener permeable la sonda vesical.
Es por ello, que resulta fundamental que conozcan los pasos a realizar para ejecutar correctamente la técnica de colocación del lavado vesical continuo a un paciente que lo tiene pautado, pero es igual de importante que conozcan los signos y síntomas de alerta ante un mal funcionamiento del mismo.
Con esta revisión pretendemos identificar de forma sencilla las complicaciones más comunes del lavado vesical continuo, así como las actuaciones de enfermería que podemos realizar para asegurar el buen funcionamiento y disminuir las posibles complicaciones. También el material necesario para su colocación y los pasos a seguir.

6 Bibliografía

1. Reyero MM. Protocolo de Lavado Vesical Continuo. Gerencia de Área de Salud de

Plasencia de 2005. Disponible en: http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711096.pdf
2. Vallejo Hernández R, Rosa González ME, Ortega Polar E, Gómez González del Tánago P,
Santiago Martín-Sonseca G. Hematuria. Panorama Actual Med 2018; 42(411):186-190
3. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio
Hidalgo L, Coll Carreño R et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas,2010;6(1). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php
4. Arcay Ferreiro E, Ferro Castaño AM, Fernández González B, García Rodríguez B, González
Gómen JM, Rodríguez del Amo MD et al. Sondaje vesical. Protocolo de Enfermería.
Dialnet,2004. Disponible en:Dialnet-SondajeVesical-3100147 (1).pdf

Capítulo 71

SONDAJE NASOGÁSTRICO: INSERCIÓN, CUIDADOS Y RETIRADA

MARTA ESPUELA NIETO

MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS

RAQUEL ROCA ÁLVAREZ

SONIA RUIZ MAYORAL

ELISA VÁZQUEZ VALVERDE

1 Introducción

El sondaje nasogástrico se trata de una técnica invasiva, llevada a cabo por enfermería, que comunica el estómago con el exterior mediante la introducción de una sonda a través de los orificios nasales, pasando por esófago hasta llegar al estómago. El procedimiento puede producir náuseas y vómitos en el paciente durante la colocación. La persona portadora de sonda nasogástrica puede sentir incomodidad, ya que se encuentra colocada desde la nariz hasta el estómago.
Existen diversos tipos de sondas y de diferentes materiales, el uso de cada una de ellas dependerá de la finalidad de su uso.
El fin de esta técnica sería descompresión del tracto gastrointestinal, apoyo nutricional, administración de fármacos, profiláctico, diagnóstico y valoración.
El personal de enfermería debe conocer todas las indicaciones de esta técnica, igualmente ocurre con las contraindicaciones absolutas y relativas y, de esta man-

era, evitar complicaciones mayores por proceder a con una técnica que no debería haberse realizado.
Llevar a cabo una técnica, su correcta colocación y comprobación adecuada, es de elevada trascendencia, ya que, de darse una mala práctica enfermera supondría consecuencias graves al paciente. Para evitar las consecuencias más graves, la valoración e interpretación de la colocación de la sonda es de suma importancia.

2 Objetivos

Definir las acciones a llevar a cabo para una correcta colocación de la sonda.

Establecer un correcto procedimiento de retirada cuando sea indicado.

3 Metodología

El trabajo se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica sistemática de libros, artículos científicos en diferentes bases de datos como es Medline, Pubmed; y buscadores como Google Scholar.
Así mismo, se realizó búsqueda en libros y diferentes protocolos de enfermería.

4 Resultados

COLOCACIÓN DE LA SONDA NASOGÁSTRICA
Recursos materiales:
- SNG adecuada.
- Guantes no estériles.
- Empapador.
- Jeringa 50ml.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Sistema de fijación.
- Fonendo.
- Vaso de agua.
- Sistema de drenaje, pinza o tapón.
- Rotulador permanente.

PROCEDIMIENTO

- Comprobar identidad del paciente y explicar el procedimiento al paciente y/o cuidador principal. Solicitar el consentimiento verbal siempre que sea posible.
- Preparar el material necesario.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Comprobar la existencia de prótesis dental y retirarla si está colocada.
- Disponer al paciente en posición idónea. Sentado vertical y cabeza apoyada sobre almohadas, si no es posible, colocar al paciente lo más erguido posible o decúbito lateral izquierdo, cabeza apoyada en almohadas.
- Higiene adecuada de manos.
- Uso de guantes no estériles.
- Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales y elegir el orificio de mayor calibre.
- Comprobar que la sonda está en perfectas condiciones.
- Colocar empapador sobre el tórax del paciente.
- Medir la longitud de sonda a introducir (medir de nariz a lóbulo de la oreja y desde aquí a apéndices xifoides) y marcar con rotulador permanente.
- Lubricar el extremo distal de la sonda.
- Colocar la cabeza del paciente, solicitar que acerque la barbilla al pecho, e insertar la sonda suavemente y con movimientos rotatorios a través de la fosa nasal, hacia la parte posterior de la garganta (podrían producirse náuseas), si se producen nausean, retirar unos centímetros y avanzar hacia la oreja. Una vez pasada la nasofaringe, pedir al paciente que colabore, respirando por la boca y pidiendo que trague. Continuar introduciendo la sonda con movimientos rotatorios, sin forzar, hasta la marca.

Si aparece resistencia, el paciente tose, se ahoga, se vuelve cianótico, o la sonda se queda enrollada en la boca, interrumpiremos maniobra, realizaremos un descanso y se continuará con la maniobra.

No realizar más de tres intentos para la colocación de la sonda.
- Comprobar correcta colocación de la sonda.
- Fijar la sonda a la nariz y el extremo al hombro del paciente y evitar así tirones y arrancamientos accidentales.
- Retirar el fiador en caso de su existencia.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Recoger.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento: día, hora, tipo de sonda y calibre, pH del aspirado, longitud externa de la sonda y fecha probable de cambio.

COMPROBACIÓN DE LA CORRECTA COLOCACIÓN DE LA SONDA

- Aspirar el contenido gástrico. Comprobar pH. (pH intestinal 6,5; pH respiratorio 7; pH gástrico 3).
- Auscultación en epigastrio del paso de aire (20-30ml). Debe escucharse un burbujeo. Es una técnica poco fiable.
- Realizar examen radiológico. Debe dar el visto bueno el médico responsable antes de su utilización.

TIPOS DE SONDAS
- Levin. 1 luz, 4 perforaciones en extremo distal. En sondajes de menos de 7-10 días. Tiende a endurecerse por el calor corporal y secreciones gástricas.
- Ewald. Calibre muy grueso, con 1 o 2 luces.
- Salem. Tiene 2 luces, con varios orificios en zona distal. Una de menor calibre para introducir aire y otra para el lavado gástrico.
- Sengstaken-Blakemore. Indicada frente a hemorragias por varices esofágicas.
- Polivinilo. Flexible, gruesas y más rígidas. Adecuadas para la descompensación gástrica.
- Silicona y poliuretano. Flexible, más finas y elásticas. En sondajes de larga duración.

CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE SNG
Mantener la cabecera de la causa incorporada siempre a 30-45o. realizar higiene de manos antes y después de la manipulación de la sonda.
- Comprobar la posición correcta de la sonda, verificando la longitud externa cada 24horas y: o Si existe alimentación continua, comprobar una vez por turno. o Previamente a la administración de alimentación en bolo y/o medicamentos. o Si existen molestias o reflujo alimentario. o Tras vómitos o arcadas, ataques de tos/dificultad respiratoria. o Tras desplazamientos de la sonda.
- Cambio diario de la fijación de la sonda en la nariz: rotar el punto de fijación. Extraer 2-3 cm e introducirle de nuevo hasta la marca.
- Mantener permeabilidad mediante administración de 30-50ml de agua tras un bolo de alimentación, antes y después de administración de fármacos: si existe nutrición enteral continua, realizarlo cada 4-6horas.
- En cuanto al tratamiento farmacológico, utilizar formas líquidas. Si no existe presentación líquida, valorar disolventes o triturar el medicamento hasta convertirlo en polvo fino. Valorar otra vía de administración si no existe presentación idónea.
No mezclar medicación con alimentos.
Comprobar contenido gástrico residual. Realizar la aspiración de forma suave y cuidadosa.

- Si se obstruye la sonda, introducir 5ml de agua tibia y cerrar 5 minutos. Lavar con agua y repetir si es preciso hasta que se desobstruya. Si continúa, valorar el uso de enzima pancreática o cambiar la sonda.
- Realizar limpieza nasal diaria. Limpieza bucal 3 veces al día y lubricar labios.
- Mantener al paciente acomodado.
- Observar y anotar las características y la cantidad de contenido de drenado.

CONTRAINDICACIONES

Absolutas

- Tracto gastrointestinal no funcionante.
- Patología obstructiva completa en orofaringe, esofaringe.
- Aspirado gástrico abundante y/o alto riesgo de aspiración.
- Vómitos intratables.

Relativas

- Fractura basal de cráneo.
- Varices esofágicas.
- Mucositis.
- Vómitos que responden a antieméticos.
- Trastornos, cirugías o traumatismos maxilofaciales.
- Disminución de nivel de conciencia.

COMPLICACIONES

- Epitaxis. Asegurar lubricar la sonda antes de introducirla mediante movimientos suaves y giratorios.
- Complicaciones pulmonares: neumonía, perforación traqueal y neumotórax. Para evitar estas complicaciones colocar de forma adecuada los tubos y la posición de la sonda.
- Erosiones y/o ulceraciones de fosa nasal. Como medida preventiva, realizar movimientos de la sonda. Si existen erosiones tópicas, realizar curas.
- Movilización y/o extracción involuntaria de la sonda. Vigilancia estricta del paciente y fijación adecuada. Comprobar cada turno.
- Obstrucción de la sonda. Lavados con agua cada 4-8horas.
- Esofagitis y/o erosiones esofágicas por reflujo gastroesofágico. Medidas posturales, colocando al paciente sentado o semisentado.
- Gastritis o sangrado gástrico. Utilizar aspiradores intermitentes en lugar de continuos.

RETIRADA DE LA SONDA

Se llevará a cabo la retirada de la sonda cuando el paciente ya no la necesite, esté obstruida o se encuentre en posición incorrecta.
- Informaremos al paciente sobre el procedimiento.
- Prepararemos el material.
- Preservar intimidad.
- Realizar higiene de manos.
- Uso de guantes no estériles.
- Colocamos un empapador el tórax del paciente.
- Introduciremos 10cc de aire por la sonda para evitar contenido gástrico en la sonda.
- Retirar la fijación de la sonda y pinzar.
- Pedir al paciente que retenga la respiración.
- Retirar suave y continuamente la sonda, que a medida que sale iremos limpiándola.
- Depositar la sonda en la bolsa de residuos correspondiente.
- Mantener la posición semifowler al menos 30 minutos.
- Recoger material.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La colocación de una sonda nasogástrica no es algo baladí, algunas de las complicaciones son considerables e incluso pueden llegar a provocar la muerte del paciente portador de la misma, de ahí la importancia del conocimiento de las posibles complicaciones que llegarían a aparecer.
Conocer los cuidados de enfermería del paciente portador de sonda nasogástrica, así como los del manejo de la misma, y desarrollarlos de forma adecuada, garantizará un estado de bienestar en el portador de este tipo de sondas. Al igual que dominar correctamente la técnica de inserción y de retirada de la sonda, es de elevada trascendencia, ya que evitaremos complicaciones y mal estar en dicho paciente.

6 Bibliografía

(1) Lafuente Mafé, M.C.; Administración de fármacos por sonda nasogástrica, función de enfermera Revisión bibliográfica narrativa. (TFG). Facultad de enfermería de Soria. Universidad de Valladolid.

(2) Álvarez González, P.; De la Concepción da Silva, M.P.; Fariñas Lorenzo, B.; González Formoso, C.; Pardo Lemos, I. Procedimiento de colocación y Cuidados de la Sonda Nasogástrica. Procedimientos de enfermería: cuidados de sondas. Edita Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 2021.
(3) Galarreta Aperte, S.; Martín Gracia, C. Enferpedia. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2018
(4) Hellín Ballesteros, A.; et col. Manual de Procedimientos Generales de la División de Enfermería. Hospital Nacional de Parapléjicos, editor, Toledo; 2019.
(5) Rifá Ros, R.; Olivé Adrados, C.; Lamoglia Ouig, M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teorico-práctico en enfermería. Elsevier España; 2020. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RVjwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA168&dq=sondaje+nasog%C3%A1strico&ots=rg_1B6nzlb&sig=FFIobkfUBlK5RQKuoFSrm5_MS5w#v=onepage&q=sondaje%20nasog%C3%A1strico&f=false

Capítulo 72

POLITRAUMATISMO POR ASTA DE TORO

LUCÍA GAMONAL FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las heridas generadas por asta de toro se denominan “cornadas” y son lesiones traumáticas con solución de continuidad en la piel y fascias que dañan masa muscular o cavidades orgánicas. Son inciso-contusa, normalmente con un orificio pequeño que puede tener varios trayectos.
Un herido por asta de toro, deber ser considerado como un paciente politraumatizado.
Las heridas por asta de toro tienen unas características especiales, sobre todo se consideran heridas contaminadas. Algunas características son destrozos musculares, cuerpos extraños, discordancia entre las lesiones aparentes y las existentes, inoculación masiva de gérmenes, etc.
Generalmente, las heridas se pueden clasificar en contusiones y heridas. Las contusiones se dividen en tres tipos:
- Primer grado: afectación superficial de la piel y equimosis. Según la intensidad del traumatismo, “puntazo” (lesión por la punta del cuerno, con erosión superficial sin afectar más de la piel y tejido celular subcutáneo) y “puntazo corrido” (lesión lineal o que dibuja varios trayectos cutáneos).
- Segundo grado: con extravasación sanguínea en tejido celular subcutáneo por choque tangencial de la pala del cuerno, lo que se conoce como “varetazo” o “cornada sobre sano” (hematoma o derrame de Morell-Lavalle).
- Tercer grado: necrosis de tejidos superficiales o profundos

Varios autores coinciden en la baja incidencia de estas heridas, aunque haya un gran número de aficionados y profesionales que participan esta actividad.

2 Objetivos

- Conocer el papel de la enfermería en estos actos taurinos donde se producen lesiones por asta de toro.
- Exponer las especificidades y características de las lesiones por asta de toro así como su tratamiento.

3 Metodología

Se han utilizado referencias bibliográficas óptimas sobre el tema a tratar, realizando una búsqueda exhaustiva en las bases de datos, usando palabras claves como: asta de toro, herida traumática, politraumatismos, cornada de toro, embestida y bull horn.
Para la revisión de los artículos se han usado bases de datos o revistas como Scielo, Google Académico, Elsevier, Mediagraphic y Pubmed.

4 Resultados

Según los artículos consultados las heridas por asta de toro son típicas en los países con interés por el toreo y simbolizan lesiones peligrosas con un elevado grado de contaminación debido a los gérmenes que presenta el asta y el entorno rural, por lo que es importante y a la vez necesario completar la profilaxis antitetánica y hacer uso de antibióticos.
Es indispensable un lavado con solución aséptica, el desbridamiento de la herida y una exploración minuciosa. El dejar la herida abierta o realizar un cierre primario con correcta adecuación de los bordes y sutura interrumpida con la obligación de colocar un drenaje es decisión del cirujano.
Las heridas faciales por asta de toro es un tipo de herida que no se puede compara con las provocadas por otras heridas traumáticas. Su pronóstico es más favorable a pesar de que son lesiones graves, ya que provocan la obstrucción de la vía aérea o causa riesgo de shock hemorrágico.
En el abdomen es donde más se localizan las heridas principales, y sus complicaciones más frecuentes se tratan de la desvitalización de la herida y la infección. Aunque son frecuentes tienen un porcentaje pequeño de mortalidad.

Más frecuentemente las lesiones por asta de toro se localizan en las extremidades inferiores. Las lesiones vasculares suponen una amenaza inmediata para la vida del afectado, por lo que se recomienda controlar la hemorragia en el lugar del suceso para después trasladar al paciente a un hospital dotado de servicios de cirugía vascular.
El manejo quirúrgico inicial rápido y adecuado de las heridas por cuerno de toro es lo más importante para prevenir una infección grave de tejidos blandos. Cuando existe ya una infección grave de tejidos blandos, el manejo debe de ser realizado por un equipo multidisciplinario con experiencia y con el apoyo del servicio de cuidados intensivos.

5 Discusión-Conclusión

En base a los resultados de los artículos revisados, se puede observar que las heridas por asta de toro son más frecuentes en países Iberoamericanos. Concretamente en España, estos traumatismos ocurren con mayor frecuencia en periodos veraniegos y festivos.
Estos pacientes suelen presentar lesiones graves por la cogida por asta de toro, así son considerados como politraumatizados y deben tratarse como tal. Estas heridas pueden amenazar la vida del paciente en muchas ocasiones, por esto es importante conocer el mecanismo de la lesión para poder realizar una correcta actuación. Debemos tener especial cuidado en lesiones vasculares, ya que producen sangrado masivo y es necesario controlar la hemorragia.
Como describen varios autores, existen varias localizaciones anatómicas prevalentes como son cabeza y cuello, tórax, extremidades superiores, abdomen, periné, región lumbar-espalada y extremidades inferiores.
Este tipo de heridas presentan unas características concretas diferenciándose así de otros traumatismos, ya que siempre se consideran heridas contaminadas o infectadas, presentan cuerpos extraños así como granes destrozos tisulares y por último, tienen varios trayectos.
En conclusión, enfermería debe saber cómo llevar a cabo una primera valoración y actuación inicial y estas se deben realizar de una forma rápida y efectiva. Por esta razón, es de vital importancia una preparación específica y la presencia de un equipo médico especializado durante estos eventos.

6 Bibliografía

1. Crespo Escudero J.L., Arenaz Búa J., Luaces Rey R., García-Rozado Á., Rey Biel J., López-Cedrún J.L. et al. Herida por asta de toro en el área maxilofacial: revisión de la literatura y presentación de un caso. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2008 Oct; 30(5): 353-362. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-05582008000500007

2. Quijada Vicent P. La enfermería en el mundo taurino. Universitat rovira virgili; 2015-2016. Disponible en: file:///C:/Users/Manuelita/Downloads/Presentaci%C3%B3_en_diapositives.pdf

3. Campos-Mollo E, Pérez-Santonja J.J, Samper-Giménez J. Herida penetrante orbitaria por asta de toro. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2007 Oct [09/10/2017]; 82(10): 645-648. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912007001000010&lng=es

4. Martínez-Ramos D. Miralles-Tena JM. Salvador-Sanchís JL. Heridas por asta de toro en el Hospital General de Castellón. Estudio de 387 pacientes. Cirugía Española '[Internet]. 2006 [9 de octubre del 2017]; Vol (80): 16-22. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X06709101

5. Maldonado Fernández N, Martínez Gámez FJ, Mata Campos JE, Galán Zafra M, Sánchez Maestre ML. Heridas por asta de toro: reparación endovascular de una trombosis de la arteria ilíaca externa. Cir Esp. 2013; 91 (5): 336-345

6. Blazquez R, Gómez-García E, Villanueva E. Infección grave en tejidos blandos, secundaria a herida por cuerno de toro. Reporte de un caso. Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2007; Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2000/or004o.pdf

Capítulo 73

EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS CON LOS OBJETOS CORTANTES Y PUNZANTES

IRENE PÉREZ PÉREZ

MARIA GARCÍA VALENCIA

LUZ GARCÍA VALENCIA

ANA PALOMO GARCÍA

TERESA GALIANO LOPEZ

1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a determinar la importancia que tienen los enfermeros en los cuidados de objetos cortantes y punzantes. Estas dos cuestiones de objetos cortantes y punzantes se dan con bastante frecuencia en la categoría profesional del personal de enfermería, dado que es frecuente que lo utilicen para sus tareas diarias. Una vez mencionado este tipo de objetos, tanto los cortantes como los punzantes, debemos de manifestar que se deben de tomar todas las precauciones necesarias para que en la medida de lo posible se elimine y a ser posible se reduzca a lo mínimo los accidentes. Dichos accidentes, así como las posibles lesiones que se puedan producir en los profesionales de la salud debido a los objetos cortantes y los punzantes, hacen que se deba de poner especial atención a que no se produzcan pinchazos y cortes. Para ello es necesario realizar y

valorar una serie de cuestiones que en principio nos llevan a anteponer que el personal de enfermería es uno de los sanitarios que más en contacto directo está con este tipo de objetos y por tanto el que de manera más frecuente estadísticamente podría cortarse o pincharse de manera más frecuente; para todo ello hay que buscar las medidas adecuadas al respecto.

2 Objetivos

En el apartado de objetivos hemos recogido varias ideas que resumimos en las siguientes:
Analizar las precauciones que se deben de tomar con respecto a los objetos punzantes y cortantes en el hospital.
Relacionar dichas precauciones con el papel del personal de enfermería en la sanidad pública.

3 Metodología

Para este estudio nos hemos basado por un lado en bases de datos de relevancia para nuestro trabajo y de otro lado teniendo en cuenta que dichas fuentes fuesen fiables para así tener un criterio objetivo de trabajo. Las bases de datos usadas han sido variadas y van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer diversas cuestiones que relacionan el personal de enfermería con los cuidados que se debe de tener en el hospital con los objetos cortantes y punzantes. En primer lugar, mencionar que se deben de tomar todas las medidas necesarias para reducir en la medida de lo posible los daños que puedan producir dichos objetos al personal, para ello es necesario que tengamos en cuenta algunos aspectos relacionados que vamos a exponer a continuación. La primera medida sería, una vez utilizado cualquier material como agujas o jeringuillas que puedan producir daños, debemos de proceder a la limpieza del instrumento o la eliminación del mismo. Si se produce la limpieza es probable que haya que esterilizarlo también. Aquellos objetos que el personal de enfermería use, tal como agujas que son desechables, deben de ser depositados

en contenedores rígidos que serán destinados a dicho uso exclusivamente; con tapa de seguridad para que no puedan salirse en el transporte. Esos contenedores deben de estar en un lugar de trabajo cómodo para el enfermero y este debe de evitar que el llenado total se produzca. El responsable de eliminar dichos objetos es el personal sanitario que lo utilice; por tanto, la mayoría de las veces será el personal de enfermería el que deba de eliminarlo, ya que es frecuente que sean los que más lo utilicen. Igualmente, para el resto de materiales o si se usan productos químicos se debe de proceder a su eliminación, aunque en este trabajo de investigación esto no ha sido motivo de nuestro estudio. Los materiales cortantes y punzantes deben ser eliminados inmediatamente después de su utilización, evitando así posibles daños o accidentes hacia cualquier personal sanitario, además del que lo está utilizando.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado vamos a determinar como primera cuestión que el sanitario enfermero tiene una gran responsabilidad a la hora de desechar el material cortante y punzante, ya que de ellos depende que no haya accidentes por una mala praxis. Por otro lado, determinamos que existe un protocolo de actuación a la hora de desechar el material inservible que está relacionado con contenedores que debe de haber en los espacios visibles del hospital. Es por tanto, una tarea del enfermero en muchos de los casos el llevar a cabo la labor de eliminar el material inservible o limpiar y esterilizar el que se ha usado.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1.

Capítulo 74

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN ACCIDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO

IRENE PÉREZ PÉREZ

TERESA GALIANO LOPEZ

ANA PALOMO GARCÍA

MARIA GARCÍA VALENCIA

LUZ GARCÍA VALENCIA

1 Introducción

En este apartado inicial contemplamos el protocolo que ha de tener el hospital en la actuación de accidentes con riesgo biológico. Para ello vamos a tener en cuenta varios aspectos relevantes. En el apartado de resultados vamos a exponer varias de las enfermedades que estadísticamente tienen una afluencia mayor de ser contraídas por el personal sanitario del hospital. Visualizar también que en el caso de que ocurra un accidente de riesgo biológico dicho accidente puede ser por diversas cuestiones, de entre ellas porque los sanitarios se pinchen con agujas u otro instrumento similar, o incluso porque se dañen con cualquier objeto cortante. La gravedad de la infección va a depender de varias cuestiones que vamos a determinar igualmente en el apartado de resultados. El personal de enfermería suele ser el principal afectado con este tipo de accidentes en mayor medida que otros

profesionales de la salud como pueden ser los celadores o las limpiadoras. Esto se debe a que normalmente los profesionales de enfermería son los que suelen trabajar con este tipo de instrumentos y, por tanto, se pueden producir accidentes con mayor frecuencia. Vamos a determinar también los protocolos de actuación que deben de seguir los profesionales de la salud en caso de accidente.

2 Objetivos

En el apartado de objetivos hemos recogido varias ideas que resumimos en las siguientes:

- Analizar distintas cuestiones relacionadas con el protocolo de actuación en accidentes de riesgo biológico.
- Relacionar dicho protocolo con el papel del personal de enfermería en la sanidad pública.

3 Metodología

Para este estudio nos hemos basado, por un lado, en bases de datos de relevancia para nuestro trabajo y de otro lado teniendo en cuenta que dichas fuentes fuesen fiables para así tener un criterio objetivo de trabajo. Las bases de datos usadas han sido variadas y van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer inicialmente diversas ideas respecto al protocolo de actuación en accidentes de riesgo biológico. Estas no darán una idea de cómo actuar ante un contagio después de un accidente por pinchazos o por cortes. Se va a determinar que un 30% de dichos accidentes se producen como consecuencia del virus de la hepatitis B. El resto de hepatitis por este tipo de contagios suele ser bastante menor y no vamos a hacer referencia por su mínima incidencia. Esto se va a relacionar con la gravedad de la propia infección. En el caso de que la gravedad sea alta se convierte en crónico. Otra de las enfermedades por este tipo de contagios es la infección por VIH, en este caso dependiendo de la gravedad se podrán realizar controles periódicos al cabo de 1, 3,6 y 12 meses siguientes. El protocolo de actuación debe determinar qué

controles y qué se debe de hacer en este tipo de casos. Otra de las enfermedades más comunes es el tétano donde en caso de sospecharse se debe de limpiar la herida de manera rigurosa especialmente con agua y jabón y después un antiséptico. A continuación de esto se evaluará al accidentado y si debe o no vacunarse y cuánto tiempo debe de transcurrir desde la última dosis que se puso. También valorar el grado de contaminación de la herida y en el caso de necesitarlo, dejar señalada una pauta de vacunación correcta. En todo ello debemos de tener en cuenta que el personal sanitario de enfermería está muy expuesto en este tipo de enfermedades y, por tanto, el protocolo de actuación debe de ser amplio. Aunque nosotros hemos recogido unas ideas generales al respecto.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro apartado de resultados viene a determinar que el personal sanitario de enfermería es uno de los más expuestos a los accidentes por biológico y lo que conlleva de adquirir determinadas enfermedades. Dicho personal sanitario debe de conocer el protocolo de actuación y las enfermedades con las que se puede encontrar. Determinamos en este estudio que las enfermedades son variadas y que van relacionadas también con el grado de gravedad de la misma. Es por todo ello que concluimos que el personal sanitario debe de seguir escrupulosamente las normas para desechar el material y utilizarlo de la manera más correcta posible para así evitar riesgo y accidentes.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.

Capítulo 75

VÍA INTRAÓSEA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

PALOMA MORALES MORALEDA

ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ

ELENA LÓPEZ PEÑALVER

1 Introducción

La vía intraósea es una técnica cada vez más conocida y utilizada por los profesionales de enfermería en los servicios de urgencias. Como ya sabemos, la vía de elección en situaciones de urgencia sigue siendo la vía venosa periférica, pero cuando esta se nos hace complicada, la vía intraósea es una buena alternativa que puede condicionar la vida o muerte de un paciente.

La cavidad medular de cualquier hueso está compuesta por una gran red con capilares sinusoides que vana drenar a un gran seno venoso que no se va a colapsar y que tiene una rapidez de infusión muy parecida a la de una vía venosa periférica. La vía intraósea nos va a ofrecer una alternativa de acceso vascular segura y rápida que nos va a permitir administrar tratamiento farmacológico así como un soporte hemodinámico inicial necesario para el abordaje en situaciones de urgencia y emergencia del paciente crítico.

La efectividad de la vía intraósea en el paciente adulto o pediátrico crítico en situaciones de urgencia y emergencia va a venir determinada por la tasa de éxito, que va a depender a su vez del tiempo de inserción, localización de la vía intraósea, flujo y volumen de infusión, cuidados necesarios y complicaciones posteriores.

Por esto, se hace interesante que todos los profesionales de enfermería conozcan esta técnica y sean capaces de aplicarla cuando se dé una situación que lo requiera.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la vía intraósea.
- Evaluar la efectividad de la vía intraósea como alternativa de acceso vascular.
- Identificar situaciones de contraindicación o recomendación de uso de la vía intraósea.

3 Metodología

Para dar respuesta a los objetivos anteriormente citados se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos como CINAHL, PubMed, Google Académico además de una búsqueda de forma manual en diferentes manuales y guías de práctica clínica que hacen referencia a la vía intraósea.
Los términos utilizados para la búsqueda en las distintas bases de datos han sido ”vía intraósea” y ”acceso vascular y emergencia”.

4 Resultados

La vía intraósea es un acceso vascular rápido a la circulación sanguínea que es utilizada durante situaciones que comprometen la vida del paciente y en las que el acceso venoso está complicado de conseguir o contraindicado.
Una de las condiciones para colocar la vía intraósea será, por tanto, aquellos pacientes, tanto adultos como pediátricos, que tengan una necesidad urgente de administración de tratamiento farmacológico, concentrados de hematíes y hemoderivados. Esta vía intraósea nos va a ofrecer unos flujos muy parecidos a los que nos da una vía central y unos tiempos de infusión similares.
Grandes instituciones como el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), la European Resuscitation Council (ERC), la American Heart Association (AHA), el Advanced Trauma Life Support (ATLS) y el Grupo Español de Reanimación Pediátrica y Neonatal establecen la vía intraósea como vía de elección para administrar fármacos y fluidos a aquellos pacientes que no se tenga acceso a la circulación sanguínea con un dispositivo venoso periférico en 90 segundos o en tres intentos fallidos consecutivos.

La ubicación de la vía intraósea puede variar según el dispositivo utilizado, la edad y el estado del paciente. En niños de hasta 8 años, incluidos los recién nacidos, es preferible utilizar la tibia proximal, especialmente la superficie anteromedial de la tibia, 1-3 cm por debajo de la tuberosidad tibial. Por otro lado, a partir de los 8 años es conveniente el uso del hueso tibial medial porque mantiene la médula roja en su cavidad de por vida. La punción se realizará 2 cm por encima del maléolo medial.
Tanto la colocación en la cabeza tibial proximal como en la cabeza humeral proporcionan un flujo similar, pero en esta última se ha documentado una mayor tasa de complicaciones relacionadas con el desalojo del catéter y la extravasación de líquido, así como la identificación de los puntos de referencia anatómicos es más difícil y, por lo tanto, su correcta colocación.
Especialmente en los niños, la vasoconstricción, el tamaño más pequeño de los vasos y la presencia de más tejido subcutáneo pueden dificultar el enrutamiento de las líneas venosas. Por este motivo, cuando el paciente es un niño, se recomienda VIO como primera opción si el profesional no es experto en canalización de vía periférica en niños. También es la primera opción en casos de hipovolemia y edema masivo.
Se contraindica en pacientes con traumatismo abdominal severo, con fracturas o con osteoporosis (aumento del riesgo de fractura). No se recomienda su uso en casos en los que el hueso haya sido previamente perforado, ya que parte del medicamento administrado y el líquido pueden perderse a través del orificio de perforación. Se excluirán los pacientes con prótesis para reducir el riesgo de infección. Las quemaduras para algunos autores son una contraindicación mientras que para otros si puede administrarse, aunque la zona esté quemada.
No es aconsejable usarlo durante más de 24 horas en un paciente, aunque con ciertos equipos se pueden usar durante 72 horas. Las complicaciones son raras, generalmente debido a la falta de experiencia del profesional. El dolor es otra complicación a considerar, especialmente en pacientes conscientes, aunque hay que considerar que en la mayoría de ocasiones el paciente estará inconsciente sin percepción nociceptiva. Los cuidados de la vía intraósea van a ser muy similares a los de la vía intravenosa, por lo que es una alternativa viable.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión ha intentado aclarar las diferentes perspectivas sobre las vías intraóseas abordando las situaciones de uso, zonas de ubicación y las complicaciones que se puedan dar.

En conclusión, en las situaciones en las que el acceso venoso periférico es difícil, la vía intraósea proporciona un acceso vascular alternativo para el tratamiento de pacientes críticos adultos y pediátricos en las urgencias y emergencias prehospitalarias. Es un acceso rápido y seguro con una gran tasa de éxito si el personal de enfermería está bien entrenado. Además, se ha demostrado que las complicaciones son mínimas y que permite brindar una terapia y soporte hemodinámico inicial con unos cuidados muy similares a otras alternativas de acceso vascular.

6 Bibliografía

1. Álvarez A, Álvarez J, Álvarez J, Barreiro M. Los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en España. [Internet]. Madrid: MENSOR; 2011. [citado 24 septiembre 2022] Disponible en: http://www.mensor.es/es/LosserviciosdeemergenciasyurgenciasmEdicasExtrahospitalariasenEspaNa.pdf.pdf

2. Phillips L, Brown L, Campbell T, Miller J, Proehl J, Youngberg B. Recommendations for use of intraosseous vascular access for emergent an nonemergent situations in various healthcare settings: a consensus paper. J Emerg Nurs. 2010 Nov;36(6):551-556.

3. Colomer C, Palanca I, Elola J, Mejía F, Bernal JL, León J. et al. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y Recomendaciones.[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2010. [citado 24 septiembre 2022] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf

Capítulo 76

CEFALEAS. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

VERONICA ALVAREZ CANO

ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

NURIA MENA PEDRAZA

1 Introducción

Las cefaleas son síntomas, un síndrome o enfermedad de etiología variada. Es muy frecuente: cerca del 90% de hombres y casi el 95% de mujeres a las que se le realizó una encuesta en el periodo de un año reconocieron haber tenido al menos una cefalea.
Casualmente la cefalea puede ser de muy poca significativa clínica o puede representar la primera manifestación de una enfermedad.
La cefalea continúa suponiendo un desafío en su entendimiento de su fisiopatología y de su terapéutica efectiva.
Las cefaleas o dolores de cabeza son uno de los trastornos mas comunes del sistema nervioso. Supone la sexta causa de incapacidad en el mundo. Aunque la mayoría de las cefaleas no son de gravedad, sí que hay que acudir al médico a su inicio cuando es brusco e intenso, se acompaña de síntomas neurológicos como las perdidas de fuerza o alteración del lenguaje o hay fiebre.

Dada a su elevada prevalencia y discapacidad supone un elevado coste económico por los fármacos, la asistencia del paciente, así como el absentismo y reducción del rendimiento laboral que conlleva.
Es un problema de salud que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingreso y zonas geográficas-
Para manejar a un paciente con cefaleas es importante clasificarla y por eso iniciaremos esta revisión presentando la clasificación de la cefalea como la delineo la International Headache Society en 1988, clasificación que todavía se acepta en la actualidad.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes tipos de cefaleas, así como sus principales manifestaciones físicas, signos y síntomas que pueden manifestarse.
Conocer los principales cuidados y actuaciones de enfermería en las cefaleas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación a través de revisiones bibliográficas acerca del tema de las cefaleas. Se ha realizado una búsqueda de manera sistematizada de artículos obtenidos de las principales bases de datos, así como de revistas de interés, publicaciones académicas, páginas de internet relacionadas todas ellas con el ámbito sanitario.

4 Resultados

Las cefaleas se clasifican en cefaleas primarias y secundarias.
Las cefaleas primarias es aquella en la cual no hay enfermedad de fondo y la cefalea por si sola constituye el problema básico del paciente, mientras que la cefalea secundaria es aquella en la cual el dolor de cabeza es síntoma de enfermedad.
Las cefaleas primarias son entidades nosológicas reconocidas, que comparten una fisiopatología definida en algunas de ellas poco clara, otras con características familiares, hereditarias, con manifestaciones físicas muy bien establecidas, alteradas por la presentación individual y por su especialidad se diferencian de otras formas de eventos dolorosos conocidos como causantes o desencadenantes y que por esta razón son llamadas cefaleas secundarias.

Cefaleas primarias

Dentro de las cefaleas primarias se encuentran:

La migraña es una identidad con características nosológicas especiales, con etiología mas o menos definida como genética, con presentaciones especiales en la niñez y con unos criterios diagnósticos establecidos por la International Headache Society.

Tiene su origen en el tipo de dolor característico de la entidad, es decir, hemicraneal o de hemicránea, la condición del dolor es de tipo pulsátil, de una intensidad moderada a severa y que de acuerdo a estas delimitaciones y a la persistencia de los síntomas servirán como elementos clasificatorios. Es reconocido también que suelen ser desencadenados los episodios por fenómenos de stress, agotamiento, ejercicio, alteraciones del sueño-vigilia, ingesta de alimentos como queso, vino, chocolate y de mejoría con muchos analgésicos y clásicamente con derivados del ergot.

Las manifestaciones físicas de las migrañas son;

Aura se refiere a una serie de eventos previos a la sintomatología dolorosa y muchas veces puede ser la única presentación.

Síntomas vagales y sensitivos; puede ser eventos molestos para el paciente, como náuseas que son una de las quejas mas frecuentes y pueden durar varias horas. Pueden presentar síntomas sensitivos con distribución variable comprometiendo cara, brazo, pierna, todo el hemicuerpo parcial.

Síntomas motores: cuando se presentan son signos de alarma para el paciente y el médico, pues han sido considerados de gravedad y de confusión con catástrofes de tipo vascular, tumoral, etc. los síntomas motores suelen ser locales o mas generalizados, pueden comprometer cara, brazo, mano, pierna…

Otros signos y síntomas que pueden presentarse son: ptosis palpebral, anisocoria, alteraciones del lenguaje, alucinaciones, trastornos del ánimo y dolores abdominales.

Dentro de las migrañas hay varios tipos y se clasifican en:

Migraña con aura

Migraña sin aura

Migraña oftalmoplejica

Migraña basilar

Migraña complicada

Otros desórdenes que no cumplen los criterios de migraña

Cefaleas de tipo tensional, clasificada como episódica, si ocurre menos de 15 días por mes, o crónica si ocurre mas de 5 días por mes. El dolor es descrito como lento, tipo ardor o picadas, con sensación de cabeza llena.

Cefaleas en crisis paroxísticas y hemicráneas paroxística crónica, conocida como cefalea paroxística nocturna, histamínica o de Horton. Puede ser episódica o crónica.
Cefaleas mixtas, no asociada con una lesión estructural, son cefaleas por consumo de alimentos congelados, presión externa de algún órgano y/o estructura craneal, exposición al frío, también provocada por tos, defecación, estornudo…
Cefaleas secundarias
Son aquellas con unas características especiales, no solo en su etiología sino también en su presentación y merecen especial mención.
Dentro de las cefaleas secundarias se encuentran varios tipos:
Cefalea asociada a trauma de cráneo, se acompaña de fatigabilidad, insomnio, nerviosismo, déficit de atención…
Cefalea asociada a alteraciones vasculares, puede deberse a hematomas intracraneales, hemorragias subaracnoideas, malformaciones vasculares…
Cefaleas asociadas con desórdenes intracrenanos de origen no vascular, son los dolores causados por alta o baja presión del L.C.R., reacciones inflamatorias, etc.
Cefaleas asociadas a consumo y/o suspensión de sustancias, tipo nitritos, glutamato monosódico, monóxido de carbono y alcohol.
Cefaleas asociadas con infecciones extracraneales, son dolores por hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia…
En la valoración de cualquier paciente con cefaleas existen parámetros importantes, que cuando permanecen dentro de la normalidad, dan seguridad al profesional para iniciar un plan de tratamiento, después de haber recogido toda la información necesaria mediante una buena entrevista, recogiendo los datos personales del paciente, antecedentes familiares, así como la valoración física-psiquica y social.
La actuación de enfermería ira encaminada a una serie de cuidados como son:
Manejo del dolor, así como el control de factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente, estrategias de comunicación terapéuticas para conocer la experiencia del dolor, proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durara…
Administración de analgésicos, comprobando siempre en todo momento el historial de alergias, seleccionando los analgésicos(narcóticos, no narcótico o antinflamatorios no esteroideos).
Determinar el analgésico preferido, vías de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo. Manteniendo un ambiente cómodo y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a analgésica.
Favorecer el confort, para ello se limitarán visitas, evitar interrupciones innece-

sarias, permitir periodos de reposo, proporcionando una cama limpia y cómoda. Ajustar la iluminación, evitando la luz directa en los ojos, controlar y evitar ruidos indeseables o excesivos en lo posible.
Terapias de relajación simple, explicándole el fundamento de la relajación y sus beneficios para las cefaleas, límites y tipos disponibles(terapia musical, meditación…).
Enseñar a la persona a que adopte una posición cómoda, utilizar un tono de voz bajo, inducir conductas que estén condicionadas para producir respiración profunda, bostezos, respiración abdominal…
Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad y las consecuencias del dolor.
Darle un apoyo emocional, comentando la experiencia del paciente con el dolor, ayudar a que exprese sus sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Favorecer la comunicación o el llanto para disminuir la respuesta emocional.

5 Discusión-Conclusión

Las cefaleas son en la actualidad un síntoma, síndrome o enfermedad multifactorial muy frecuente en la población.
Aparecen con una serie de manifestaciones físicas típicas, las cuales hacen que la definen en un tipo u otro.
No obstante, cuando esos signos se salen de los parámetros normales, nos advierten de señales de alarma a tener en cuenta por el equipo de profesionales que lo tratan.
Las cefaleas representan uno de los problemas médico mas comunes, la mayoría de las personas lo sufren alguna vez en sus vidas.
La actuación de enfermería será fundamental para el manejo del dolor y administración de analgesia. Así como para la realización de las diferentes intervenciones de apoyo y colaboración, como son; ayuda en la valoración de signos y síntomas, manejo de la tecnología de pruebas diagnósticas y su posterior tratamiento.
Las recomendaciones fundamentales de enfermería para el paciente con cefaleas se centrarán en una buena educación, dieta, ejercicio y sueño-vigila.

6 Bibliografía

1.AEMICE.Asociacion Española de Migraña y Cefalea.[internet]

Disponible en: https://www.dolordecabeza.net/?gclid=EAIaIQobChMI19WPxaSm-gIVjo9oCR0RfgYtEAAYASAAEgIKZvD_BwE
2.Cefalea o Dolor de Cabeza. Clínica Universidad de Navarra.[internet] Disponible en: https://www.cun.es/nuestros-profesionales/servicios-medicos/neurologia/unidad-cefaleas-dolor-cronico
3.Cefalea.Clinic Barcelona. Hospital Universitari.[internet] Disponible en: https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cefalea/clasificacion

Capítulo 77

EPILEPSIA Y LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

VERONICA ALVAREZ CANO

ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

NURIA MENA PEDRAZA

1 Introducción

La epilepsia es un trastorno neurológico que afecta al sistema nervioso central. Se produce una descarga excesiva, brusca y desordenada de las neuronas cerebrales.
La descarga que se produce afecta a la sensibilidad de la persona de una manera casi instantánea, causa una la pérdida de conciencia o función psíquica, puede tener lugar la aparición de movimientos convulsivos o puede aparecer una combinación de todos estos síntomas.
Es un trastorno que causa cierto temor, ansiedad, miedo a las personas que lo sufren y a sus familiares, ya que se presenta repentinamente y produce mucha incertidumbre e inquietud.
Las causas de la aparición de la epilepsia son muy diversas.
Muchas enfermedades producen alteraciones a nivel neurológico dando lugar a la aparición de convulsiones. Algunos de estos ataques puedes ser solitarios o

también llamados ráfagas breves, o por el contrario, pueden ser tan graves, que se repitan cada pocos minutos, en los que el paciente puede incluso morir, como en el Status Epiléptico.
Esta enfermedad puede afectar al 2% de la población.
Puede afectar por igual tanto a hombres como a mujeres.
Se da con más frecuencia en niños o mayores, pero puede aparecer a cualquier edad.
Hay diversos tipos de epilepsia, distintos factores que influyen en su aparición y la forma de actuar por parte del personal sanitario ante las crisis epilépticas son distintas.

2 Objetivos

Dar a conocer la epilepsia, así como su clasificación y sus múltiples causas.
Conocer la importante actuación de enfermería ante la epilepsia y sus correspondientes cuidados llevados a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las manifestaciones físicas que sufre el paciente con epilepsia y el electroencefalograma (EEG) son determinantes para determinar el tipo de epilepsia y las posibles causas, ya que estas son varias y su origen de la causa de la aparición de la mayoría de las epilepsias es desconocido, ya que la aparición de cualquier daño a nivel cerebral puede dar lugar a sufrir una crisis epiléptica.
Las principales causas en las personas adultas que pueden provocarla son:
» Ictus: infartos o hemorragias cerebrales.
» Trastornos cerebrales relacionados con la edad.
» Lesiones cerebrales como consecuencia de accidentes o caídas.
» Malformaciones cerebrales, la presencia de tumores cerebrales.

» Infamación cerebral, como en la meningitis.
» Sangrado cerebral a causa de deformidades vasculares o después de una cirugía cerebral.
» La hipoxemia al nacer, el daño cerebral del niño en el útero.
» Predisposición a nivel genético, sobre todo si la enfermedad aparece durante la infancia o la adolescencia).

Existen dos grandes tipos de crisis epiléptica: las crisis parciales o focales y las generalizadas.

*Crisis generalizadas, son las que afectan a todo el cerebro y la persona pierde el conocimiento. Pueden ser:
-Gran mal, es aquel ataque convulsivo generalizado, que se caracteriza por inconsciencia y accesos tónicos y clónicos globales. Es un modo uniforme de reacción cerebral a los diversos tipos de injuria, tales como, trauma, tumor, infección, enfermedad cerebrovascular, abstinencia de alcohol y drogas. La persona puede manifestarse gritando o llorando.
-Ausencias típicas o petit mal puro, generalmente se observa en niños pequeños. La causa es una alteración primaria que se localiza presumiblemente en el sistema activador reticular ascendente descendente (SARA).
El niño puede perder el conocimiento total o parcialmente durante unos 20 segundos repentinamente.
-Epilepsia mioclónica o petit mal aquinético. Aparece en adolescentes y en adultos. Los síntomas son variados, algunos pierden el tono muscular en los músculos axiales repentinamente (se inclinan hacia delante de un tirón cayendo al suelo). Estos pacientes suelen tener alteraciones cerebrales orgánicas.
-Ausencias atípicas, estas a su vez se dividen en dos síndromes:
Síndrome de Lennox Gastaut: Es una epilepsia de aparición severa, las crisis tienen lugar con frecuencia y no responden muy bien al tratamiento.
Síndrome de West(espasmos en flexión)posee como característica sacudidas que pueden afectar al conjunto del cuerpo o a estar limitados a la nuca. El pronóstico del paciente es grave y depende de la persistencia de la epilepsia.

Crisis parciales o focales, donde la descarga se inicia en una zona concreta que puede extenderse al resto de la corteza cerebral.
La aparición de crisis parciales o focales es más frecuente que la de las crisis generalizadas. Durante la crisis se activa un área del cerebro, y dependiendo de qué área se active tiene lugar unas manifestaciones clínicas distintas y la extensión de la descarga eléctrica a otras partes también es diferente.

Dentro de las crisis parciales nos encontramos:
Crisis focales sin alteración de la conciencia (crisis parciales simples)sus manifestaciones dependen del área cerebral afectada y a su vez se dividen en motoras, sensitivas, autonómicas, cognitivas y emocionales.
Crisis focales con alteración de la conciencia (crisis parciales complejas). La persona que padece este tipo de crisis pierde el conocimiento y la conexión con el entorno, pero no pierde el tono muscular. Durante esta crisis, el paciente puede quedar ensimismado y sin responder a estímulos externos.
Crisis focales con progresión a tónico-clónica bilateral (crisis parciales con generalización secundaria) Ocurre cuando la persona que sufre una crisis epiléptica parcial simple o compleja aumenta desde el foco epiléptico a toda la superficie cerebral.

Los cuidados de enfermería en un paciente con epilepsia son los siguientes:

Manejo de las convulsiones, para ello hay que guiar los movimientos para evitar lesiones, vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante el ataque. Aflojar la ropa, permanecer al lado del paciente, mantener vía aérea abierta, usar el protector de lengua para evitar que la lengua obstruya la vía aérea. Aplicar oxígeno si procede, comprobar el estado neurológico, vigilar los signos vitales, registrar la duración del ataque, administración de medicación si precisa.
Prevenir las caídas, atendiendo inmediatamente al paciente cuando prevea que puede sufrir una crisis, tumbarlo en el suelo si siente los pródromos.
Ayudar al paciente si se encuentra con una deambulación inestable, por alteración en la marcha o equilibrio, proporcionar dispositivos de ayuda(bastón, barra de apoyo).
Apoyo emocional, comentando la experiencia emocional con el paciente y familia, apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados, ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.
Escuchar expresiones de sentimientos y creencias, proporcionar apoyo durante la negación, ira, negación, y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
Proporcionar herramientas de ayuda para decidir lo mejor para el paciente, remitiendo a los servicios de asesoramiento, si lo precisa.

5 Discusión-Conclusión

La epilepsia es un trastorno neurológico producido por un funcionamiento esporádico y anormal de un conjunto de neuronas.

Su único síntoma son las crisis epilépticas, las cuales se manifiestan de forma intermitente.
La mayor parte de las personas con epilepsia son independientes y plenamente capaces el resto del tiempo.
Durante la fase aguda, la necesidad de seguridad es la más afectada, por lo que se requiere de las medidas de prevención necesarias.
Por otro lado, durante la hospitalización es un buen momento para el trabajo conjunto con la familia, mejorando los recursos proporcionados (servicio a domicilio, dieta cetogénica, etc.). El abordaje multidisciplinar es fundamental para la planificación y realización de los cuidados.
Existe cierto conocimiento entre la población sobre la epilepsia, pero debemos ampliar esta información y corregir ciertos conceptos erróneos.
El Grupo de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Fundación Ciencias de la Salud, para dar a conocer la realidad de la epilepsia en España, han elaborado el Libro Blanco de esta enfermedad.
Gracias a este se consiguió tener una imagen de la percepción de la epilepsia por parte de pacientes, la sociedad en general y profesionales de la salud, a través de la cual la SEN realizó una serie de recomendaciones que aún siguen vigentes para mejorar el manejo de esta enfermedad.

6 Bibliografía

1.EPILEPSIA.CASER FUNCION.[INTERNET]
DISPONIBLE EN: https://www.fundacioncaser.org/discapacidad/neurologica/epilepsia?gclid=EAIaIQobChMI8uXS8qimgIVGRoGAB1fKQhfEAAYASAAEgJ6U_D_BwE
2.Epilepsia.Medline Plus.[internet] Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000694.htm
3.Vivir con Epilepsia.[internet] Disponible en: https://vivirconepilepsia.es/tipos-de-crisis-epilepticas
4.epilepsia.[internet] Disponible en: https://www.apiceepilepsia.org/que-es-la-epilepsia/diferentes-tipos-de-crisis-epilepticas/

Capítulo 78

PROCEDIMIENTO DE CIRUGIA MENOR: EXTIRPACIÓN DE UN LIPOMA

SARA ZARCO REILLO

SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS

1 Introducción

La cirugía menor abarca procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración. Estos se realizan sobre tejidos superficiales o estructuras de fácil acceso, bajo anestesia local y con escaso riesgo. La realización de esta clase de técnicas supone la ausencia de complicaciones intra y postoperatorias, en la mayoría de los casos. Se puede llevar a cabo con los medios disponibles en atención primaria (AP), y entran dentro de las competencias de los profesionales de enfermería.
Entre los diversos procedimientos que se pueden llevar a cabo en la cirugía menor, se ha seleccionado para desarrollar en este documento la técnica de extirpación de un lipoma.
Un lipoma es un tumor benigno que se presenta en las partes blandas del cuerpo. Según diversos autores, es el tumor más común en estas zonas, aunque el consenso no es universal. Su prevalencia es considerablemente superior en el sexo femenino, aunque su diagnóstico se atribuye más a las mujeres debido a razones de consulta estéticas. Suele aparecer a partir de los 20 años.
El lipoma puede ser único o formar parte de una lipomatosis (conjunto de estos). Además, tendrán diferentes profundidades, y según esto lo podemos clasificar en

superficiales y profundos. También pueden estar localizados por todo el cuerpo, y alcanzar profundidades intramusculares.
Su crecimiento es lento, pudiendo quedar estancado. Cualquier cambio anormal brusco se debe considerar a la hora de diagnosticarlo como maligno. Pueden presentar sintomatología, como dolor; o provocar incomodidad por su localización.

2 Objetivos

El objetivo de este documento es, gracias a todos los conocimientos integrados, en el caso que se presenta a continuación, cuyo paciente tiene un lipoma, realizar un plan de cuidados de cirugía menor para la extirpación de un lipoma, junto con una guía del procedimiento.

3 Caso clínico

Para desarrollar este proceso, se utilizó en primer lugar el instrumento de valoración por los once patrones de M. Gordon. Después, gracias a la ayuda del CD, se detalló el procedimiento paso a paso de esta técnica de cirugía menor. Finalmente, con toda la información recabada se realizó un plan de cuidados de enfermería que abarca toda la etapa perioperatoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO.
Acude a nuestra consulta de AP una mujer de veinticinco años (25) acompañada de su pareja, porque se ha detectado una pequeña protuberancia de unos 3 cm en la espalda, en la región dorsal inferior derecha. El diagnóstico médico lo considera un lipoma. No tiene antecedentes personales de enfermedad, ni enfermedades sistémicas actualmente.
El motivo de consulta a enfermería es la posibilidad de realizar cirugía menor sobre este lipoma, dado que sus características muestran aptitud para ello. En general, los lipomas se reabsorben solos, pero este produce cierta sintomatología e incomodidad a la paciente, y no tiene diagnóstico ni identificación de malignidad.
A continuación, realizamos una valoración de enfermería siguiendo los 11 patrones de M. Gordon para obtener más información acerca de la paciente, y contemplar la posibilidad de ser candidata para optar a la cirugía menor.

VALORACIÓN PREOPERATORIA GENERAL.

Gracias a la realización de la valoración preoperatoria, cuya finalidad es comprobar la posibilidad de realización de cirugía menor en este caso concreto, se destacan los siguientes datos: paciente sana, sin antecedentes ni alergias medicamentosas conocidas.
Destacar los siguientes patrones alterados:
 Percepción-mantenimiento de la salud: dificultad en las AVD debido a escozor al rozarse con la ropa y alergia al polen.
 Nutricional metabólico: eccemas estacionales (primavera) y bulto localizado en la región dorsal derecha.
 Cognitivo- perceptivo: Escozor al contacto en la región dorsal inferior derecha. Refiere tener miedo al procedimiento.
 Autopercepción-autoconcepto: se muestra nerviosa y asustada, pero refiere sentir control sobre lo que se le va a hacer.
 Afrontamiento y tolerancia al estrés: la intervención.

Gracias al análisis y síntesis de esta valoración, a las características de la paciente y a la inexistencia de contraindicaciones, comprobamos que es totalmente apta para someterse a cirugía menor en el centro de salud.
Entre los patrones alterados encontramos el elevado grado de desconocimiento acerca del problema y de este tipo de intervenciones, por lo que nuestra acción enfermera previa a la cirugía y antes de elegir su realización, será resolver todas estas dudas para tener clara la comprensión del procedimiento.

DIAGNÓSTICOS
• NANDA: [00126] Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p testimonio de la paciente.
- NOC: [1814]Conocimiento: procedimientos terapéuticos. Escala (1-5), desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso. Propósito: 2-4.
Indicadores:
 Propósito del procedimiento [181402].
 Posibles efectos indeseables [181410].
 Contraindicación para procedimiento [181412].
- NOC: [3012] Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza. Escala s (1-5), desde no del todo satisfecho hasta completamente satisfecho. Propósito 3-5.
Indicadores:
 Explicación de las razones para el tratamiento [301207].
 Explicación de las responsabilidades de autocuidado para el tratamiento [301208].

 Explicación de los recursos sanitarios disponibles [301216].
 Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles [301219].
- NIC general: [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
 Informar al paciente acerca de cuándo y dónde se realizará el procedimiento, su duración esperada, la persona que lo va a realizar.
 Explicar el propósito y en qué consiste el procedimiento.
 Describir las actividades previas al procedimiento.
 Obtener el consentimiento informado del paciente.
 Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento según corresponda.

FASE INTRAOPERATORIA
Los problemas que encontrábamos alterados en el preoperatorio (temor, desconocimiento) se corrigieron con la información y la posibilidad de elección autónoma por parte de la paciente.
Se realiza el procedimiento de extirpación de dicho lipoma. La intervención la llevará a cabo la enfermera, puesto que esta está dentro de sus competencias. Durante la misma, en el plan de cuidados, se tendrán en cuenta, según este caso, los siguientes diagnósticos, resultados e intervenciones:

Diagnósticos.
• NANDA: [0004] Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel.
- NOC: [1902] Control del riesgo. Escala m (1-5), desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.
Indicadores:
 Identifica los factores de riesgo [190220].
 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas: esterilidad del material, protocolo del procedimiento [190204].
- NIC: [6610] Identificación de riesgos.
Actividades:
 Revisar antecedentes médicos y documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos.
 Comprobar la esterilidad e integridad de todo el material a utilizar.
 Realizar las técnicas siguiendo las normas de asepsia y protocolos del centro, para disminuir el riesgo de infección.

• NANDA: [00087] Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c alteraciones sensitivo-perceptivas debidas a la anestesia, edema, localización de la lesión.

- NOC: [1902] Control del riesgo. Escala m (1-5), desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.
Indicadores:
 Reconocer los factores de riesgo ambientales para el paciente [190201].
 Desarrollar estrategias de control de riesgo efectivas para el paciente [190203].

- NIC: [6486] Manejo ambiental: seguridad.
Actividades:
 Modificar el ambiente para minimizar los riesgos.
 Vigilar al paciente para proteger su seguridad.
 Crear un ambiente seguro para el paciente.

Complicaciones.
• NANDA: [00217] Riesgo de respuesta alérgica r/c exposición a alérgenos (anestésico local)
- NOC [0707] Respuesta de hipersensibilidad inmunológica. Escala n de grave a ninguno. (3-5)
Indicadores:
 Alteraciones de la piel [70701]
 Reacciones alérgicas [70703]
 Respuestas infamatorias localizadas [70704]
 Picazón[70709]
- NIC [3590] Vigilancia de la piel
Actividades:
 Vigilar el color y la temperatura de la piel
 Valorar el estado de la incisión
 Observar si hay infecciones
 Aconsejar al paciente que no utilice ropa ajustada ni aplique presión o fricción sobre la zona.

PROCEDIMIENTO
OBJETIVOS
• Eliminar un lipoma con las máximas medidas de asepsia y seguridad para evitar posibles complicaciones.
• Facilitar la cicatrización y curación de la lesión.
• Prevenir infecciones en la herida.
• Proporcionar bienestar al paciente.

MATERIAL NECESARIO
• Batea y cápsula.

• Suero fisiológico, povidona iodada y clorhexidina.
• Guantes estériles y no estériles.
• Gasas y compresas estériles.
• Mascarilla, bata y gafas protectoras.
• Paños y material para el apósito.
• Cepillo.
• Empapadores.
• Paños.
• Mesa auxiliar.
• Cubo de basura y contenedor de objetos punzantes.
• Rotulador estéril para piel.
• Cuchilla de rasurar desechable.
• Jeringas: 5, 10 y 20 ml.
• Agujas: subcutáneas e intramusculares.
• Anestésico local: lidocaína o mepivacaína (con o sin vasoconstrictor) al 1 o 2%.
• Equipo instrumental estéril: paño fenestrado, portaagujas, pinza de disección con o sin dientes tipo Addson, mosquito, tijera de Metzenbaum, mango de bisturí y hoja adecuada, bisturí desechable y separadores tipo Farabel.
• Sutura: seda o monofilamento 3/0 – 4/0. Si es necesario suturar el tejido subcutáneo, se empleará una sutura reabsorbible adecuada a la zona anatómica y a la tensión de la herida.
• Equipo de RCP.
• Espacio seguro y cómodo.

PROCEDIMIENTO
1) Preguntar sobre posibles alergias medicamentosas.
2) Si se prevé que el procedimiento puede ocasionar dolor a la paciente, se le administrará un analgésico 30 minutos antes del mismo.
3) Informar a la paciente sobre la técnica que se le va a realizar. Mitigar temores de la paciente para conseguir su confianza y cooperación.
4) Revisar el consentimiento informado y la hoja prequirúrgica.
5) Posición de la paciente: será aquella que deje la herida totalmente visible y que a la vez proporcione comodidad, seguridad e intimidad a la paciente. Dada la localización del lipoma de la paciente, la posición más adecuada sería el decúbito prono.
6) Lavado de manos de la enfermera.
7) Colocación de guantes desechables y proceder al rasurado de la zona a intervenir (si fuese necesario).
8) Limpieza de la zona con suero fisiológico y secado.

9) Lavado de manos y colocación de nuevos guantes desechables.
10) Preparación del campo estéril y del material necesario para la desinfección, anestesia, intervención y cierre de la herida.
11) Colocación de guantes estériles.
12) Desinfección de la herida con povidona iodada o clorhexidina.
13) Marcaje de la lesión: a. En primer lugar palpamos el lipoma para estimar su tamaño y luego marcamos sus límites con puntos, teniendo en cuenta la dirección de las líneas de tensión de la piel y planificando la incisión con la máxima convexidad posible. b. Utilizamos un rotulador especial para la piel para identificar la línea de incisión, la cual debe ser más corta que el diámetro del lipoma.

14) Aplicación del anestésico local según técnica y teniendo en cuenta dosis máxima permitida: en nuestro caso MEPIVACAÍNA al 2%. Se inyecta el anestésico lentamente, aspirando antes de cada infiltración. Normalmente, la técnica más adecuada es administrar la anestesia de forma circundante a la lesión. Nos debemos asegurar que la infiltración se realiza de forma profunda y alrededor de toda la lesión y siguiendo la línea de incisión.

15) Realización de la incisión: a. Estabilizar la piel con la mano no dominante y hacer la incisión con firmeza a lo largo de la línea previamente marcada. b. Mantener la hoja del bisturí en un ángulo correcto respecto a la superficie de la piel. c. Profundizar la incisión a través del tejido graso subcutáneo hasta encontrar el lipoma, el cual se reconocerá por tener una apariencia de lóbulo o bulto graso. La extensión del lipoma puede ser más profunda de la esperada. d. Hacer un uso completo de la incisión en toda su longitud. e. La clave de este procedimiento es efectuar una incisión roma en el plano de la escisión que rodea el lipoma utilizando unas pinzas de hemostasia o de disección.

16) Extracción del lipoma: a. Se presiona la herida firmemente. A menudo, solo con realizar esto, el lipoma sale directamente. Hay que observar que no haya más lóbulos grasos. b. En ocasiones, existe un pedículo vascular en la base del lipoma que debe ser clampado con pinzas de hemostasia y ligado antes de extraer el bulto de grasa. c. A veces, un lipoma puede ser extraído por una incisión pequeña, pero en otras es necesario alargarla y realizar una disección.

17) Disección (en caso necesario): a. Se tracciona el lipoma con unas pinzas de Allis y se continúa la disección en planos más profundos utilizando unos retractores tipo Farabel en los bordes de la herida. b. Antes de la liberación del lipoma, clampamos el pedículo vascular que nos podamos encontrar.
18) Cierre de la herida: a. Una incisión lineal que sigue las líneas de tensión de la

piel relajada debe dar como resultado una herida cuyos bordes se juntan casi sin tensión. Si es así, un cierre subcutáneo puede producir excelentes resultados. b. Si hay tensión en los bordes de la herida, use suturas discontinuas simples. c. En caso de duda, cierre la herida con suturas discontinuas. d. Las suturas se retirarán a los 8 – 12 días.

19) Limpieza de la zona y colocación del apósito. a. Limpiamos con suero fisiológico y secamos. Tras ello, humedecemos una gasa con povidona iodada y colocamos sobre la herida; sujetamos la gasa con esparadrapo. b. Es un apósito de protección, no es necesario que comprima la herida.
20) Recoger todo el espacio, retirar guantes y lavado de manos.
21) El médico pautará analgesia y antibioterapia si procede.
22) Informar sobre los cuidados posteriores y cita de revisión. Los cuidados posteriores incluyen: a. No realizar baños de inmersión. b. Que no le de el sol en la zona afectada. c. Vigilar el aspecto del apósito. d. Vigilar signos de infección.

PLAN DE CUIDADOS POSTQUIRÚRGICO
Diagnósticos.
• NANDA: [0004] Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel.
- NOC:[1902] Control del riesgo. Escala m (1-5), desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.
Indicadores:
 Reconoce los factores de riesgo personales y los controla [190201].
 Se compromete con estrategias de control de riesgo [190206].
 Evita exponerse a las amenazas para la salud [190209].
- NIC: [5510] Educación para la salud.
Actividades:
 Enseñar al paciente a que reconozca signos de complicaciones.
 Instruir al paciente en la forma de cuidar la herida quirúrgica.
 Vigilar el proceso de curación.

• NANDA: [00132] Dolor agudo r/c reciente procedimiento quirúrgico por cirugía menor.
- NOC: [1605] Control del dolor. Escala m, desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.
Indicadores:
 Utilizar medidas preventivas: analgesia [160503].
 Refiere dolor controlado [160511].
- NIC: [1400]Manejo del dolor.

Actividades:
 Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas.
 Enseñar posturas que eviten presionar o tensionar la herida.
 Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
 Controlar los factores ambientales que puedan influir en las molestias.
 Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

8.1.1. Problemas interdependientes.
• Riesgo de isquemia s/a tensión de la herida y las suturas.
- NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Escala a, desde gravemente comprometido hasta no comprometido.
Indicadores:
 Tejido cicatricial [110117].
 Necrosis [110123].
 Perfusión tisular [110111].
- NIC:[3500] Manejo de presiones.
Actividades:
 Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
 Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.
- NIC:[3590] Vigilancia de la piel.
Actividades:
 Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
 Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- NIC: [3440]Cuidados en el sitio de la incisión.
Actividades:
 Enseña al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.

8.1.2. Complicaciones.
• Sangrado s/a reciente procedimiento quirúrgico; dehiscencia de las suturas y apertura de la herida.
- NOC: [2305] Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato. Escala n (1-5), desde grave hasta ninguno.
Indicadores:
 Drenado en el apósito [230523].
- NIC: [3440] Cuidados del sitio de incisión.
Actividades:

 Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
 Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
 Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
 Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.

• Apertura de la herida s/a dehiscencia de las suturas, traumatismos, tensión.
- NOC:[1102] Curación de la herida: por primera intención. Escala i (1-5), desde ninguno hasta extenso.
Indicadores:
 Aproximación de los bordes de la herida [110213]
 Contusión cutánea circundante [110215]

- NIC: [3620] Sutura
Actividades:
 Selección un material de sutura del calibre adecuado.
 Tensar la sutura lo suficiente como para que no se frunza la piel.
 Enseñar al paciente a cuidar la línea de sutura, incluidos los signos y síntomas de infección.

• Seromas y hematomas s/a proceso inflamatorio tras procedimiento quirúrgico.
- NOC: [2305] Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato. Escala n (1-5), desde grave hasta ninguno.
Indicadores:
 Tumefacción en la herida [230524].
- NIC: [6540] Control de infecciones
Actividades:
 Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada
 Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea adecuado.
Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.

4 Discusión-Conclusión

Uno de los factores que limita la cirugía menor es sin duda la capacitación técnica de profesionales sanitarios (incluyendo médico y enfermera) para realizar dicha técnica.

Por otro lado esta técnica no está exenta de riesgos y por ello es imprescindible realizar una correcta técnica quirúrgica, y ofrecer una información clara, concisa y completa al paciente.
Debemos seguir formando correctamente a los profesionales sanitarios para que la cirugía menor continúe aportando beneficios tanto a pacientes como profesionales. En el caso del paciente, por ejemplo, al ser una cirugía basada en procedimientos de corta duración, realizados en tejidos superficiales, bajo anestesia local y sin complicaciones significativas, lo que le ayuda a que el proceso cause una mínima repercusión en su vida, ya que no necesitan permanecer ingresados y a el mismo tiempo, fomenta su autonomía y bienestar. En cuanto a las ventajas que estos procedimientos suponen para los profesionales de la salud, se encuentra el reducir los tiempos de intervención, hospitalización y complicaciones derivadas. Además, ayuda al trabajo profesional, facilitándoles su labor, pues al evitar ingresos innecesarios se reducen las largas listas de espera y por tanto el proceso asistencial se mejora y se vuelve más eficaz.
Para llevar a cabo estos procedimientos se elaboran guías clínicas para conseguir un desarrollo óptimo y de calidad de los cuidados de enfermería
En este caso, en concreto, se procede a la extirpación de un lipoma a través de cirugía menor, siendo esta una de las intervenciones más frecuentes en los servicios de atención primaria. Para poder realizarlo eficazmente y conseguir que el paciente recupere su estado de bienestar necesitamos tener un conocimiento amplio del procedimiento, por lo que es útil el poder contar con herramientas como las guías que nos permitan gestionar y proporcionar los cuidados enfermeros de la manera más correcta posible.

5 Bibliografía

1) Junta de Castilla y León. Guía de práctica clínica de cirugía menor en atención primaria. Gerencia Regional de Salud.
2) Huczak L, Driban N E. Lipoma y Lipomatosis. Rev. argent. dermatol. [Internet]. 2007 Mar [citado 2018 Mayo 02]; 88(1): 56-66. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2007000100006&lng=es.
3) Del Puerto Fernández, I. Sondaje Gástrico. En González Gómez, I. y Herrero Alarcón, A. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Ediciones DAE; 2008. p. 598 – 603.
4) Gobierno de Canarias [Sede Web]*. Islas Canarias. Guía de procedimientos quirúrgicos. Disponible en:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3f7a89b2-0f11-11df-8b4d-5f1e0687f27c/GUIAPROCEDQUIRURGICOS3.pdf
5) Kneebone R. Minor Skin Procedures. [CD-ROM] Medical Skills Trainee; 2009.
6) NNNConsult [base de datos] Barcelona: Elsevier [acceso 3 de Mayo de 2018]. Disponible en: http://www.nnnconsult.com/

Capítulo 79

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE UNA RETECIÓN AGUDA URINARIA

MARIA ANTUÑA GARCIA

1 Introducción

La retención aguda de orina (RAO) es una afección que incapacita al paciente a orinar de forma voluntaria pese a tener la vejiga llena de orina y puede aparecer de forma súbita.
Se considera una de las urgencias urológicas más frecuentes en el ámbito hospitalario y la segunda en el ámbito de atención primaria.
Se presenta con mayor incidencia en hombres y es poco frecuente en mujeres. La clínica que compaña a esta patología se basa en presentar dolor intenso en la región abdominal, en ocasiones pueden presentar incontinencia por rebosamiento. Se observa dificultad para orinar con un chorro miccional muy flojo y sensación continua de ganas de orinar. También se acompaña con ansiedad, agitación, clínica vagal (sudoración y palidez). En el caso de que se presente con fiebre se debería de descartar una prostatitis.
Las causas que la provocan pueden ser variadas, incluso pueden existir más de una en un mismo paciente, las frecuentes se divide en tres grupos:
Causas vesicales y de uretra posterior: hiperplasia benigna de próstata (la más común, 53%), impactación fecal, neoplasia vesical, esclerosis del cuello vesical, prostatitis
Causas uretrales: estenosis, litiasis, neoplasias, fimosis extremas.
Causas funcionales: Vejiga neurógena, dolor postoperatorio, psicógena, fármacos (neurolépticos, anticolinérgicos, etc.).

2 Objetivos

Conocer la actuación de enfermería frente a una retención aguda de orina.
Diferenciar los tipos de sondas vestales existentes dentro del ámbito hospitalario

3 Metodología

Para la redacción del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos y plataformas vinculadas al tema seleccionado. Se ha llevado una búsqueda en diferentes buscadores como Scielo o Google Académico. Teniendo como criterios de inclusión aquellos textos completos y con idioma castellano. La búsqueda se basó en palabras claves como enfermería, retención urinaria, cuidados.

4 Resultados

El objetivo del tratamiento frente a dicha urgencia urológica es evacuar el contenido de la vejiga, para ello se llevará a cabo el sondaje vesical. Dicha acción es muy agradecida, ya que desde el minuto uno en el que se sonda al paciente, la clínica desaparece casi por completo.
El sondaje vesical consiste en la inserción a través de la uretra de una sonda que llega hasta la vejiga para evacuar la orina que se acumula en la vejiga. En el caso de que el sondaje a través de la uretra se complique o en ocasiones llega a ser imposible, se llevara a cabo un sondaje directo hacia la vejiga con un catéter especial a nivel supra púbico.
La técnica para un sondaje vesical se basa en los siguientes pasos:
1. Lavado de manos
2. Colocación de guantes estériles
3. Se prepara el campo estéril (paño estéril)
4. Se realizará la elección de la sonda más adecuada en función de las características del paciente, siendo Foley (16-18Fr) las más comunes.
5. Comprobar el globo de la sonda y conectar a la bolsa de diuresis.
6. Una vez que la zona genital se haya limpiado previamente con agua y jabón, se lubricará la sonda con lubricante estéril y en el caso de los hombres se retirará el prepucio y se colocará el pene en posición vertical y se introducirá lubricante estéril en la uretra para facilitar la inserción.
7. Se irá introduciendo poco a poco la sonda hasta que salga la orina y tras ello se llenara el globo con agua destilada.

8. En el caso de las mujeres, si se introduce la sonda en la zona vaginal, se dejará en ella y se repetirá la operación con una nueva sonda. Una vez este en el orificio correcto se retirará la sonda de la zona vaginal.
9. Al final de la técnica el glande ha de ser recubierto por el prepucio
10. No se forzará en caso de obstáculo, ya que se puede producir una doble vía.
11. La evacuación de la orina en el caso de presentar globo vesical debe de ser progresiva para evitar hematuria ex vacuo. Para que esto no ocurra tras evacuar 200-300 cc de orina se pinzara la sonda durante 10-15 minutos y tras ello se repetirá el proceso hasta el vaciamiento de la vejiga.

Una vez realizado el sondaje en el ámbito hospitalario, en muchas ocasiones el paciente deberá de mantener la sonda 48 h, en función de la patología del paciente tendrá que permanecer con ella más o menos tiempo.

A la hora de realizar el sondaje vesical se intentará que sea lo menos traumático para el paciente, por ello se deberá de escoger de forma correcta e individualizada la sonda vesical con la que se llevara a cabo el procedimiento.
Los catéteres pueden ser de látex, silicona o PVC, hay que tener en cuenta si el paciente presenta algún tipo de alergia a estos materiales.
El diámetro de los catéteres está dimensionado en Charrier, siendo más gruesos aquellos que presenten número más elevado, los más comunes para mujeres son CH 14-16 y para hombres CH 16-18-20-22.
También hay que tener en cuenta el número de vías que son necesarias, ya que pueden presentar una, dos o tres. La elección de esto dependerá del aspecto de la orina y de las necesidades del paciente. Cuando poseen dos luces, una de ellas se encarga de drenar la orina al exterior y la otra permite inflar el globo. En el caso de presentar tres luces, esta última permite realizar lavados vesicales con suero tras una intervención quirúrgica o cuando existe hematuria macroscópica.
Si en lugar de realizarse un sondaje vesical permanente, el sondaje es evacuar, esto significa que el drenaje de la vejiga se realiza de forma puntual, por ejemplo para la extracción de una muestra orina y tras ello se retira el catéter, en estos casos se realiza con las sondas de una sola luz.

5 Discusión-Conclusión

La retención urinaria, como ya se ha mencionado, es una de las urgencias urológicas con más prevalencia en el ámbito hospitalario, de ahí la gran importancia de un buen manejo.

Por todo lo expuesto anteriormente, cabe destacar la importancia del papel de enfermería en la actuación frente dicha patología, ya que un procedimiento rápido y correcto y con ello un buen uso de los conocimientos permite mejorar el bienestar del paciente frente a las retenciones de orina reduciendo así lo más pronto posible sus síntomas físicos y evitar complicaciones futuras. También hay que destacar que debido a la situación de urgencia que presenta el paciente es una de las técnicas en las que más autonomía presenta la enfermería.

6 Bibliografía

https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/signos-y-sintomas/retencion-aguda-de-orina-rao/
https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/administracion3.pdf
https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-de-enfermeria-en-pacientes-con-retencion-aguda-de-orina-a-proposito-de-un-caso-clinico/
https://enfermeriacreativa.com/2017/11/07/tipos-de-sondas-vesicales/
https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-en-enfermeria/tema-6-retencion-urinaria/5

Capítulo 80

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU RELACIÓN CON LA UCI

IRENE PÉREZ PÉREZ

LUZ GARCÍA VALENCIA

MARIA GARCÍA VALENCIA

ANA PALOMO GARCÍA

TERESA GALIANO LOPEZ

1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a valorar distintas cuestiones que nos sitúen esta investigación. En el hospital los distintos profesionales de la salud realizan sus tareas de forma conjunta y coordinada. De esta manera, los trabajadores de un hospital tienen tareas que les son específicas a su categoría y se realizan de manera individual, y otras que realizan de manera coordinada con el resto de los trabajadores. En la unidad de cuidados intensivos (UCI) las tareas que se realicen deben de cumplir a la perfección la individualidad de dichas funciones que le han sido asignadas y la generalidad del trabajo conjunto con el resto del personal sanitario y no sanitario. La importancia del personal de enfermería en la UCI viene a definir varios campos de trabajo. Cada uno de ellos debe de realizarse, además de manera coordinada, como estamos mencionando, teniendo en cuenta la prioridad que se presenta, ya que nos encontramos en una unidad en que a veces es determinante la urgencia con la que se trata al paciente. Es por ello que

el personal de enfermería una de las tareas que tiene asignadas es priorizar qué cuestiones y qué pacientes debe de atender con más o menos urgencia, ya que de esas decisiones depende en muchos casos que el paciente agrave su situación o que la mejore.

2 Objetivos

En el apartado de objetivos hemos recogido varias ideas que resumimos en las siguientes:
Analizar distintas cuestiones relacionadas con la unidad en la que estamos trabajando, UCI.
Relacionar dicha unidad con el papel del personal de enfermería en la sanidad pública.

3 Metodología

Para este estudio nos hemos basado por un lado en bases de datos de relevancia para nuestro trabajo y de otro lado teniendo en cuenta que dichas fuentes fuesen fiables para así tener un criterio objetivo de trabajo. Las bases de datos usadas han sido variadas y van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos se caracteriza por varias cuestiones que vamos a exponer a continuación. En principio porque es un área de trabajo en la que el paciente necesita una vigilancia constante de su estado de salud. La gravedad del mismo la va a determinar el facultativo médico, pero el personal de enfermería hace una gran labor analizando en las siguientes horas lo que ha determinado el médico y realizando un seguimiento de manera intensiva. Este espacio de trabajo tiene varias finalidades importantes, los trabajadores deben de proporcionar la atención que el paciente necesita en cada momento de su ingreso hospitalario. Respecto al personal de enfermería, igualmente esta atención se debe de hacer de manera permanente y con la calidad que necesitan los pacientes, poniendo especial atención en aquellos que están en situación grave. El personal destinado a la unidad de cuidados intensivos debe de estar alerta ante cualquier contratiempo

que se pueda presentar en el paciente. Se pueden dar situaciones de alertas de tipo fisiológicas, psicológicas y también sociales, ya que es una demanda total, y por tanto necesita una atención integral la atención que se presta en este espacio. El personal de enfermería realiza un trabajo fundamental en este espacio, ya que de ellos dependen en gran parte el control al que nos estamos refiriendo. La labor del enfermero en este espacio debe comenzar siguiendo las pautas que ha prescrito el médico, donde el personal de enfermería debe de seguirlas de manera exhaustiva y de ver alguna variable, debe de consultarlo con este. El personal de enfermería debe de realizar un seguimiento intensivo a cada uno de los pacientes, al igual que dar prioridad a otra situación que se presente de manera más urgente que la que esté atendiendo.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de resultados determinamos que la unidad de cuidados intensivos es una unidad que debido al tipo de paciente que atiende debe de tener una atención integral. El personal de enfermería es imprescindible en esta labor, ya que en ellos recae gran parte de esa responsabilidad. Otro de los puntos a valorar en este apartado de conclusión, va relacionado con la competencia que tiene el enfermero a la hora de valorar el estado del paciente en los momentos que el médico no está presente. Es por ello que el personal de enfermería cumple unas funciones relevantes en esta área del hospital, ya que es uno de los responsables de que la unidad se desarrolle de manera correcta.

6 Bibliografía

Alligood, Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería: 9 edition 2018.

Capítulo 81

INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ

EVA MARIA GRACIA PEREZ

MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) se da cuando se produce una necrosis miocárdica irreversible derivada de una gran disminución o pérdida total del flujo sanguíneo a un área concreta del miocardio. Una de las principales causas de este problema es la arteriosclerosis consistente en un estrechamiento arterial que trae como consecuencia un menor aporte del flujo sanguíneo, por lo que se produce un descenso en el aporte de oxígeno necesario.

El ventrículo izquierdo y la zona del miocardio inferior es donde se producen la mayoría de los infartos debido a la falta de circulación sanguínea y la oclusión de sus vasos. Los mecanismos primarios frecuentes son los siguientes:

- Trombosis arterial coronaria: está presente en todas las oclusiones arteriales coronarias. Una trombosis está compuesta por una mezcla de células sanguíneas y fibrina que se origina entorno a las placas liberando tromboxano A2, serotonina y trombina, sustancias que actúan como vasoconstrictores. De esta forma se aumenta la estenosis del vaso sanguíneo hasta desembocar en su obstrucción completa.

- Placas arterioscleróticas: pueden componerse de lípidos y colesterol si son blandas o estar calcificadas y fibróticas sin son duras. Si la placa llega a romperse se puede producir una trombosis. También puede darse el caso de que la obstrucción del vaso venga como consecuencia de la acción de los componentes de la placa.
- Espasmo arterial coronario: está ligado a oclusiones agudas que provocan la obstrucción del vaso.

2 Objetivos

Conocer las actuaciones por parte de los profesionales de enfermería ante una situación de un infarto agudo de miocardio e identificar los efectos que conllevan.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre la intervención del profesional de enfermería ante un infarto agudo de miocardio. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: Acute myocardial infarction (AMI), cardiovascular risk factors, AMI in emergencies and emergencies, CORECAM Castilla La Mancha.

4 Resultados

El infarto agudo de miocardio es la segunda causa de muerte a nivel nacional, según los datos de varios estudios e instituciones, por lo que la atención por parte del personal de enfermería de estos casos suele ser muy común.

Durante la fase aguda el paciente es ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o en una unidad de cuidado coronario (UCC), lugares donde se realiza una monitorización continua de sus constantes con el objetivo de vigilar su evolución y prevenir el mayor número de complicaciones que puedan surgir. Es indispensable que el personal de enfermería cuente con la formación adecuada que les permita ejercer la mejor atención y el mejor tratamiento al paciente con infarto y también poder prevenir y detectar de forma precoz cualquier complicación o riesgo que pueda surgir. Las principales herramientas para el diagnóstico del infarto agudo de miocardio son clínicas, electrocardiográficas y de laboratorio, que es donde los profesionales sanitarios basarán su intervención.

La atención no solo se presta al propio paciente sino también a su familia a través de varios procesos: observación, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. Los procesos de observación y valoración física inicialmente se enfocan en la presencia de dolor, se debe observar si existe dolor, en qué zona, su duración y su desencadenante. El miedo, la ansiedad y la preocupación que genera el dolor son factores muy perjudiciales para el paciente, ya que aumentan su frecuencia cardíaca.

El examen físico del paciente da la posibilidad de conocer su estado de salud inicial. Los datos que se obtienen de este primer análisis son complementados con los hallazgos clínicos y las pruebas de laboratorio, toda esta información en su conjunto será la que establezca el plan de cuidados por parte del personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido observar, el infarto agudo de miocardo (IAM) es una patología a la que está unido un alto índice de mortalidad, acentuándose aún más a partir de los 50 años de edad.

Es muy importante recalcar y señalar los principales factores de riesgo para que puedan ser modificados con el fin de prevenir la incidencia de este problema en la población. De igual forma, es indispensable actuar ante cualquier mínima sospecha y realizar un diagnóstico y tratamiento precoz que disminuyan las posibilidades de muerte y favorezcan la calidad de vida de estos pacientes.

En castilla la mancha el código de reperfusión coronaria (CORECAM) ha realizado un gran trabajo consiguiendo grandes avances a la hora de detectar precozmente los síntomas de esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Bueno, H. Predicción clínica del pronóstico precoz en el infarto agudo del miocardio. Revista Especialistas Cardiología. 1997.
2. Cardiología. Sociedad Colombiana de Cardiología. 1ª. Edición. 1999.
3. Ochoa ME, Otero J, Hormiga CM, López L. Perfil de morbilidad y mortalidad en Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander 2010;5(2):4-31.
4. Simón García M J. (2013) Plan de cuidados del paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Rev Reduca: 5(3): 153-174.

Capítulo 82

VALORACIÓN PRIMARIA DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE DESASTRE

ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA

MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO

SARA VILLEGAS MENOR

1 Introducción

La Cruz Roja ha definido el término desastre como: ”un incidente de la magnitud de un huracán, un tornado, una tormenta, una inundación, una marea alta, una marejada, un sismo, una sequía, una ventisca, una peste, una hambruna, un incendio, una explosión, el derrumbe de edificios, el hundimiento de algún medio de transporte o cualquier otra situación que provoque sufrimiento humano o genere necesidades que las víctimas no puedan cubrir sin auxilio”. Durante la última década, los desastres naturales se han incrementado en gran medida, por lo que ha habido un aumento de víctimas y de daños materiales.

La medicina de catástrofe se define como “la disciplina resultado de la unión de la medicina de emergencia con la gestión de desastres”. Su finalidad es proporcionar asistencia médica, con eficiencia y rapidez, a la población que ha sufrido una catástrofe para asegurar su supervivencia.

Las enfermeras especialistas en “urgencias y emergencias sanitarias” deben tener los suficientes conocimientos y experiencia para valorar y saber priorizar las

necesidades de cada persona afectada. En esta situación, la enfermera no realiza una valoración detenida, sino que valora con gran rapidez y actúa al momento para salvar la vida y las funciones de los pacientes. Sin embargo, la valoración tiene que ser lo suficientemente detallada para identificar lesiones que no se ven.

Rara vez las circunstancias y el lugar donde ocurre la catástrofe son las ideales. Los pacientes se suelen encontrar en posiciones incómodas, inconscientes, vestidos, no colaboradores y, también, puede que no hablen el mismo idioma. Además, el sitio puede presentar peligros especiales para el paciente y la enfermera.

2 Objetivos

Identificar cuáles son las actuaciones que lleva a cabo el personal de enfermería en la valoración primaria en una situación de desastre.

3 Metodología

Este capítulo se basa en una Revisión Bibliográfica en el que indica las actuaciones que lleva a cabo el personal de enfermería ante situaciones de desastre en una primera valoración. Para ello, localiza y sintetiza la información de las distintas fuentes sobre dicho tema. Las bases de datos utilizadas en las búsquedas han sido Scielo y PudMed.

En cuanto a las estrategias de búsquedas, dentro de las principales bases de datos, se han utilizado palabras clave: “desastres”, “actuaciones de enfermería”, “valoración primaria de enfermería”. Entre los criterios de inclusión se encuentran: artículos publicados recientemente, en español o inglés y de texto completo.

4 Resultados

En una situación de desastre, la enfermera trabaja de forma muy rápida y eficaz, ya que valora simultáneamente diferentes órganos y sistemas del organismo. En un primer momento se realiza una valoración a la víctima de pies a cabeza en un tiempo entre 3 y 5 minutos, a la vez que recibe información sobre el caso. Cuando un paciente presenta algún problema importante en la respiración, vías respiratorias o circulación, la valoración se realiza en mucho menos tiempo, en un minuto o poco más.

Así, es necesario seguir un protocolo, según las necesidades, para realizar de forma ordenada y lógica la valoración y poder actuar de forma precoz.

• VALORACIÓN INICIAL (ABC)
Se trata de identificar el potencial de las lesiones que pueden causar la muerte de la víctima. Las funciones del organismo más importantes y que mantienen a las personas con vida es la respiración y la circulación. Si alguna de las dos o ambas se encuentran ausentes o son inadecuadas, se debe iniciar rápidamente el tratamiento para revertirlo.

- Vías respiratorias y columna cervical (A)
La máxima prioridad es la valoración de forma precoz de las vías respiratorias de la víctima. Para que el oxígeno atmosférico pueda entrar a los pulmones del paciente, este debe tener bien aislada la vía aérea, es decir, que no tenga nada que impida el paso de aire. Una mala ventilación ocasiona hipoxia e hipoxemia y cuando el cerebro deja de oxigenarse, al cabo de 4-5 minutos, se produce lesiones irreversibles en este. En un primer instante, se debe colocar a la víctima en una posición adecuada, despejando así, las vías respiratorias. Es muy importante, al colocar al paciente, pensar que ha podido sufrir un traumatismo en las cervicales, por tanto, se debe manejar como si tuviera una lesión en esa zona hasta que las radiografías que se le hagan posteriormente prueben lo contrario.

La lengua del paciente es la causa más frecuente de obstrucción de las vías aéreas, pero cuando existe la posibilidad de lesión en las cervicales no se debe mover a la víctima ni realizarle una hiperextensión del cuello, ya que podría agravarle el daño, provocándole una lesión medular. Así, la columna cervical debe mantenerse perfectamente alineada, en posición neutra.

Con la posible lesión de la columna cervical se debe realizar la maniobra tracción mandibular, en vez de la maniobra frente-mentón, ya que esa técnica no requiere de la hiperextensión del cuello. Existen otras maniobras que también se pueden realizar para la ventilación de las vías respiratorias, pero poseen más desventajas que la maniobra tracción mandibular.

La columna cervical debe quedar totalmente inmovilizada con la menor brevedad posible. Para ello, se utiliza el collarín cervical. En caso de no tener collarín cervical, se deben colocar a ambos lados de la cabeza del paciente bolsas de arena o toallas enrolladas pegadas al paciente con una cinta adhesiva, para impedir la movilización del cuello.

- Respiración (B)
Tras asegurar que las vías respiratorias están aisladas y la columna cervical está asegurada, se debe valorar la respiración. Con el tórax del paciente descubierto, la enfermera acerca su oído sobre la nariz y la boca de la víctima y mira los movimientos torácicos simultáneamente. Además, debe tomar el pulso de la muñeca o el cuello para valorar la circulación.
Si la enfermera no percibe ningún movimiento de tórax ni ruido de aire, debe iniciar inmediatamente la ventilación mecánica.

- Circulación (C)
Después vendría la valoración de la circulación. No hace falta medir la presión arterial en esta valoración primaria, ya que no nos va a dar ninguna información útil. Lo que sí se hace es tomar el pulso. Así, debemos tener en cuenta la frecuencia, características y regularidad del pulso. Según en qué arteria lo tomemos nos va a dar una presión arterial sistólica diferente (pulso radial >80 mmHg; pulso femoral >70 mmHg; pulso carotídeo >60 mmHg). También se puede hacer la prueba capilar, que consiste en determinar el tiempo que tardan en llenarse de sangre los capilares de los dedos, para comprobar si es adecuado el volumen de sangre.

Si la víctima presenta una hemorragia grande, se debe hacer presión directa en la herida. Si resulta insuficiente y sigue sangrando bastante, se debe localizar el punto más cercano de presión entre la herida y el corazón, presionando con 3 dedos.

Solo a través de la sintomatología del paciente podremos detectar una hemorragia interna, ya que esta es más difícil de valorar. El tórax, abdomen, muslos, pelvis o plano retroperitoneal son las zonas donde existe mayor probabilidad de presentarse una hemorragia interna.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que el personal de enfermería esté bien entrenado y tenga el suficiente conocimiento para actuar en situaciones de desastre, ya que es una situación bastante complicada. También deben estar muy bien concienciados para en el momento que pase alguna desgracia tengan la suficiente capacidad mental para hacerle frente y que no les afecte. Estos profesionales se debería formar también por psicólogos, al igual que se forman para conocer todas las técnicas que se deben realizar.

Las tres valoraciones que se les hace a las víctimas en estas situaciones son muy necesarias, pero la valoración primaria es la más importante, ya que de ella depende su supervivencia.

6 Bibliografía

1. Malm García L. Antecedentes y perspectiva histórica. En: Arvizu Lara J., editor. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México D.F: Harla; 1989. Disponible en: www.nzdl.org
2. Responsabilidad Social Empresarial y Sustentabilidad. Desastres naturales: que son, definición, tipos, características y prevención. RSS [Internet]. 2015 [22/03/2015]. Disponible en: https://responsabilidadsocial.net/desastres-naturales-que-son-definicion-tipos-caracteristicas-y-prevencion/
3. Fernández Merino G. Cuidados enfermeros a pacientes en situación de desastres. Madrid: Enfo Ediciones. FUDEN; 2022.

Capítulo 83

EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: PATRONES DE MORTALIDAD Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

ÁLVARO MARTOS BELLIDO

LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA

AGUSTIN MORALES RUIZ

1 Introducción

El término "politrauma" procede de las palabras griegas "poli" (múltiple) y "trauma" (heridas), indicando un complejo patrón de lesiones en diferentes regiones anatómicas.
Es generalmente usado para describir pacientes con traumatismo cuyas lesiones involucran múltiples regiones del cuerpo o cavidades, comprometiendo la fisiología del paciente y causando potencialmente la disfunción de los órganos que no han sido afectados de forma directa por el accidente.

Podemos clasificar el politraumatismo según diferentes criterios.
Según el patrón o causa de la lesión:
-Accidente de tráfico
-Caídas o precipitaciones
-Disparos por armas de fuego
-Otros

Según la existencia de lesiones penetrantes o no:

-Traumatismo cerrado
-Traumatismo penetrante

Según las heridas sufridas, el accidentado se clasifica en:
- Leve: paciente cuyas heridas y/o lesiones no representan un riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria a priori.
- Moderado: paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en las primeras 24-48 horas tras el accidente.
- Grave: paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente, ya que conllevan alto riesgo de muerte y/o posibilidad de ser irreversibles.

El traumatismo sigue siendo una causa mayor de muerte y de discapacidad y tiene un impacto enorme en la vida del paciente, además de en los sistemas sanitarios. Además, es una de las principales causas de discapacidad en adultos en edad laboral, con alrededor de 45 millones de personas mundialmente con moderada o severa discapacidad secundaria a un traumatismo cada año.
Más de 1.2 millones de personas fallecen en las carreteras del mundo anualmente y otros 50 millones son heridas. Especialmente en países en vías de desarrollo o subdesarrollados, las lesiones causadas por accidentes de tráfico continúan siendo un serio problema de salud.
Heydari-Khayat et al., 2014, mostró que la principal causa de traumatismos múltiples estaba relacionada con accidentes de tráfico. El estudio reveló que el modo más común de lesión era accidente de tráfico en carretera. La expansión de las redes de carreteras ha aumentado también el número de vehículos y esto conlleva a un aumento de accidentes.
Numerosos estudios coinciden en que el trauma severo sigue siendo la causa más frecuente de muerte en la población menor de 40 años, es decir, en adultos jóvenes.
Es importante que todos los profesionales de la salud, especialmente los profesionales de enfermería, dispongan de los conocimientos básicos que les permitan abordar adecuadamente la asistencia inicial mediante el análisis de la complejidad de las lesiones que puedan presentar las víctimas de un accidente para actuar de forma específica ofreciendo cuidados de calidad e integrando competencias en el manejo de los recursos tanto humanos como materiales.
La mayoría de las lesiones causadas en un politraumatismo son potencialmente mortales. El cuidado inicial es esencial y tiene como objetivo estabilizar las funciones vitales y prevenir la muerte prematura. La rapidez, precisión y sistematización de las intervenciones realizadas pueden significar la diferencia entre la

vida y la muerte.
La compleja fisiopatología del paciente politraumatizado requiere un manejo oportuno y efectivo para proteger a la víctima del traumatismo de la espiral mortal de complicaciones sistémicas severas, como un prolongado shock hemorrágico, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y fallo multiorgánico (síndrome de disfunción multiorgánica).
El ATLS (Advanced Trauma Life Support) es un protocolo propuesto por el ACS (American College of Surgeons) y aceptado internacionalmente para atender a las emergencias por traumatismos. Propone una estandarización de los procedimientos, para todos los componentes del equipo sanitario, desde la perspectiva del cuidado integral, para hacer posible un abordaje común para todos los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Determinar las principales causas y patrones de mortalidad en el paciente con politraumatismo.
- Conocer los protocolos de actuación más importantes en la atención prehospitalaria.

3 Metodología

Fuentes y búsqueda de información:
Los tesauros se han definido mediante la base Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) y el Medical Subjects Headings (MeSH), en los idiomas español e inglés, respectivamente.

La estrategia de búsqueda general realizada ha sido:
"Multiple Trauma AND Nursing AND Emergency Medical Services".

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, como PubMed, Cochrane Library, Cuiden, Dialnet, Google Scholar, SciELO, UpToDate.

Criterios de inclusión:
-Artículos publicados desde 2008 hasta la actualidad.
-Artículos redactados en su totalidad en español o en inglés.
-Se han seleccionado revisiones sistemáticas relacionadas con el paciente politraumatizado o "multiple trauma patient".

Criterios de exclusión:
-Artículos anteriores a 2008.
-Artículos que en su totalidad estuvieran redactados en idiomas distintos al inglés o español.
-Artículos con nula o escasa relevancia informativa.
-Artículos en los que no se logró acceder al texto completo, impidiendo su lectura apropiada.

4 Resultados

Numerosos estudios han reflejado que muchos pacientes traumatizados fallecen en una etapa muy temprana, ya sea in-situ o durante las primeras 48 horas.
Las 4 causas más comunes de mortalidad en el paciente fueron, lesión cerebral, síndrome de disfunción multiorgánica (MODS), hemorragia y sepsis.
Gran parte de las víctimas heridas gravemente no consiguen llegar al hospital y mueren debido al traumatismo antes de su ingreso.

La mortalidad debido al traumatismo tiene una distribución "trimodal" y fue descrita en 1982. Establece que la muerte causada por lesiones traumáticas puede ocurrir en uno de los tres periodos de tiempo:
1º El primer pico representa la muerte casi inmediata de la víctima, antes de los primeros 60 minutos. Habitualmente se produce como consecuencia de lesiones en grandes vasos, lesiones graves del SNC y/o lesiones de órganos vitales. Representa un 45% de las víctimas por traumatismo. Muy pocos de estos pacientes van a ser viables.
2º El segundo pico ocurre durante las primeras horas del incidente (1-4 horas). Las muertes son debidas a hematomas subdurales o epidurales, hemoneumotórax, roturas de bazo e hígado, así como fracturas o lesiones asociadas con grandes pérdidas sanguíneas y lesiones neurológicas. Representa el 34% de las muertes. La actuación durante este periodo prehospitalario (llegada del equipo de emergencia, aplicación de las medidas de soporte vital básico y avanzado, prevención de lesiones mediante la manipulación adecuada) debe ser rápida y eficaz.
3º El tercer pico, más tardío, se observa en los días o semanas siguientes al accidente y es debido a sepsis y fallo multiorgánico (MOF). En este caso, una actuación inicial adecuada, oportuna y eficaz también puede contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad. Es el pico más bajo, representando un 20% de las muertes totales.

Las distribuciones de las muertes dependen mayormente de los mecanismos de las lesiones, los patrones de cada lesión, la gravedad y la edad del paciente.
Las lesiones cerebrales siguen siendo la principal causa de muerte por traumatismo múltiple, especialmente muertes tempranas (hasta 24 h) y durante la primera semana.
La segunda causa más frecuente es el desangramiento o exanguinación debido principalmente a lesiones torácicas o abdominales.
Debido al sangrado excesivo, el 35% de los pacientes con lesiones traumáticas pierden la vida antes de llegar al hospital y un 40% de ellos fallecen alrededor de las 24 h del accidente.
Respecto a las muertes post-traumatismo tardías, se observó que los pacientes que fallecieron por fallo multiorgánico (MOF) presentaron predominantemente mayor edad o lesiones menos graves que los pacientes que fallecen de forma más temprana.
Las víctimas de edades avanzadas sufren con más frecuencia traumatismos de baja energía, pero la presencia de comorbilidades y medicación podría incrementar el riesgo de desarrollar complicaciones sistémicas durante el desarrollo clínico.

El manejo prehospitalario del traumatismo grave es un gran determinante del pronóstico.
Más del 25% de los pacientes fallecidos por esta causa lo hicieron a consecuencia de una inadecuada atención en la fase prehospitalaria.
La "hora dorada" se caracteriza por la necesidad de una rápida evaluación y de un tratamiento de resucitación inmediato.
El traumatismo es sensible al tiempo, el retraso o demora en el cuidado de unos pocos minutos puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. La Hora Dorada representa el primer pico en la distribución trimodal de la mortalidad por traumatismo, en la que la mayoría de las muertes ocurren durante la primera hora justo después del accidente. Puede determinar el pronóstico del paciente.

Las acciones tempranas y rápidas pueden minimizar el comienzo de lesiones secundarias y reducir la morbilidad en pacientes con traumas severos, con el fin de aumentar las tasas de supervivencia con la mínima cantidad de secuelas posible.
Según la ATLS, mediante un rápido examen inicial se deben identificar y tratar las posibles lesiones vitales, para continuar con un reconocimiento más exhaustivo basado en la inspección, palpación y demás maniobras que permitan la valoración y tratamiento de las lesiones no vitales.
Comenzando con la evaluación primaria o inicial, consiste en un rápido examen

a realizar en el lugar del accidente y a todas las víctimas, cuya duración no debe exceder de entre uno y dos minutos en la que deberemos identificar las situaciones de amenaza vital y realizar las denominadas maniobras de soporte vital básico.
Esta pauta de actuación solo se verá modificada cuando concurra alguna situación como peligro vital inminente para el lesionado, parada cardiorrespiratoria presenciada o imposibilidad de prestar asistencia en el lugar en el que se encuentra el accidentado.
En estos casos se procederá a la movilización inmediata de la víctima, procurando mantener un estricto control cérvico-cefálico. Una vez accedamos al accidentado, realizaremos la valoración inicial siguiendo las etapas nominadas por la regla mnemotécnica ABCDE descritas en el Manual ATLS del "American College of Surgeons".
A. Permeabilidad de la vía aérea (VA) con protección de la columna cervical:
Hay que evitar hiperextender, hiperflexionar o rotar la cabeza y cuello del paciente, siendo necesario la colocación de un collarín cervical. Es preciso atender a los signos de obstrucción de la vía aérea (VA) ocasionados por cuerpos extraños, fracturas de mandíbula o de huesos faciales, lesión de tráquea o de laringe, vómitos o sangre.

B. Ventilación y respiración:
Se valora la suficiencia respiratoria (ventilación/oxigenación) y se administran las medidas necesarias para conseguir que esta sea la suficiente para mantener las funciones vitales. Es necesario identificar las posibles causas que son capaces de deprimir la ventilación.

C. Control circulatorio y de hemorragia:
El objetivo de esta etapa es el control hemodinámico para evitar o recuperar una situación de shock y preservar el flujo sanguíneo cerebral.

D. Valoración neurológica:
Se realiza la valoración neurológica en base al estado de conciencia. Son importantes el tamaño y reacción pupilar, ya que pueden orientar sobre posibles daños encefálicos. En esta fase es preceptivo valorar al accidentado mediante la escala de coma de Glasgow.

E. Exposición y valoración global:
Se expone al paciente retirando toda la ropa, en ocasiones es necesario cortarla. El objetivo fundamental es la conservación de la temperatura corporal y evitar la hipotermia por exposición prolongada.

La resucitación se realizará al mismo tiempo que la valoración inicial, con la disciplina de trabajo de: "problema identificado, problema tratado". Hay varias situaciones a tener en cuenta que requieren tratamiento inmediato.

Una vez salvada la urgencia vital en la valoración inicial y tan pronto como el paciente presente una tendencia a la normalización de sus funciones vitales, iniciaremos la evaluación o reconocimiento secundario.
Esta exploración se basa en la inspección, palpación y auscultación. Exploraremos y valoraremos cabeza, tórax, abdomen y extremidades. Si está consciente, se debe interrogar al paciente o a sus familiares para conocer los eventos relacionados con el mecanismo del traumatismo, el estado inicial tras el trauma y los antecedentes personales, así como la realización de pruebas diagnósticas para identificar lesiones específicas.
El examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado una valoración inicial y resueltos los problemas vitales. De manera constante deberemos reevaluar la situación respiratoria, hemodinámica y neurológica del paciente, ya que pueden descubrirse lesiones que pasaron desapercibidas inicialmente, pudiendo aparecer nuevos síntomas sugerentes de otros problemas igualmente graves o de deterioro del estado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Respecto a las actividades e intervenciones a realizar en la atención al paciente politraumatizado, existen varios modelos de actuación a seguir, destacando el propuesto por el "American College of Surgeons" en su manual "Advanced Trauma Life Support" (ATLS) con su estrategia de valoración primaria mediante la regla mnemotécnica ABCDE.
Según Sajioro et al., 2012, existen evidencias de la importancia de las intervenciones emprendidas por enfermería durante el abordaje recomendado por la ATLS, también cabe destacar que la literatura reconoce el enfoque mnemotécnico ABCDE como una directiva para la atención al traumatismo y se fundamenta en la medicina basada en la evidencia.

Los resultados y hallazgos obtenidos ponen de manifiesto que sigue habiendo necesidad de un consenso universal en la valoración temprana y tardía en el paciente politraumatizado.
En cuanto a la protocolización de la actuación, a pesar de no estar aplicada de forma consensuada y sincronizada en los sistemas de salud, la que obtiene

mejores resultados, y la mayor parte de estudios consideran esencial en una atención de calidad, es la propuesta por el ACS en el manual ATLS.
Para reforzar los posibles avances sobre el tema, es de vital importancia una investigación puntera sobre el campo práctico y la realización de campañas de prevención y de concienciación para todos los grupos de población.
Actualmente, a pesar de que el sector de la enfermería cumple un papel polifacético, haciendo presencia en la mayoría de las ramas de las ciencias de la salud, tiene como desventaja la imposibilidad de ahondar en todas las disciplinas o especialidades, repercutiendo así en la calidad del servicio prestado al paciente, ya que no todos los profesionales de enfermería somos partícipes ni conocedores en su totalidad de la rama de la enfermería en urgencias y emergencias, cuyo campo de conocimientos teórico-prácticos es bastante específico.

6 Bibliografía

1. Keel M, Trentz O. Pathophysiology of polytrauma. Injury [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2021 Dec 14];36(6):691–709. Available from: http://www.injuryjournal.com/article/S0020138304005522/fulltext
2. Butcher N, Balogh ZJ. The definition of polytrauma: the need for international consensus. Injury. 2009 Nov;40(SUPPL. 4).
3. Jiménez Sánchez M, Abad Domingo E, Mata Escriche C. Intervención específica de enfermería en la asistencia inicial al traumatizado grave Nurse specific intervention in first aid of serious traumatic injuries.
4. Mohamed Y, … AKEJ of H, 2020 undefined. Impact of Nursing Intervention Protocol about Polytrauma Care during the Golden Hour on Nurses' Performance. ejhc.journals.ekb.eg [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 1];11(3). Available from: https://ejhc.journals.ekb.eg/jufile?ar_sfile=256431
5. Pfeifer R, Teuben M, Andruszkow H, Barkatali BM, Pape HC. Mortality Patterns in Patients with Multiple Trauma: A Systematic Review of Autopsy Studies. PLoS One [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2021 Dec 14];11(2):e0148844. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148844
6. Verma D, Kumar N, Jain A, Gouda B, Kumawat S. Comparative evaluation of revised trauma score and injury severity score as prognosis predictor among polytrauma patients. Arch Trauma Res. 2021;10(2):59.
7. Gomes AT de L, Silva M da F, Dantas BA da S, de Miranda JMA, Melo G de SM, Dantas RAN. Perfil epidemiológico de las emergencias traumáticas asistidas por un servicio prehospitalario móvil de urgencia. Enfermería Global [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 1];16(45):384–415. Avail-

able from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100384&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Hospital Regional de Bata, 2017 - Dialnet [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494656
9. Lídia De Castro A, Azevedo S, Scarparo AF, Dias L, Chaves P. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. Vol. 30, 36 • Invest Educ Enferm. 2012.
10. Nogueira LDS, Padilha KG, Silva DV, de Fátima Caetano Lança E, de Oliveira EM, de Sousa RMC. Pattern of nursing interventions performed on trauma victims according to the Nursing Activities Score. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 31];49(SpecialIssue):29–35. Available from: http://www.scielo.br/j/reeusp/a/qpfDgVSBP5cZ8xvRn4r3NbL/abstract/?lang=en
11. van Breugel JMM, Niemeyer MJS, Houwert RM, Groenwold RHH, Leenen LPH, van Wessem KJP. Global changes in mortality rates in polytrauma patients admitted to the ICU - A systematic review. World Journal of Emergency Surgery [Internet]. 2020 Sep 30 [cited 2021 Dec 14];15(1):1–13. Available from: https://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00330-3
12. Tazarourte K, Cesaréo E, Sapir D, Atchabahian A, Tourtier JP, Briole N, et al. Update on prehospital emergency care of severe trauma patients. Ann Fr Anesth Reanim [Internet]. 2013 Jul [cited 2021 Dec 13];32(7–8):477–82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23916517/
13. Gomes AT de L, Ferreira MA, Salvador PTCO, Bezerril MDS, Chiavone FBT, Santos VEP. Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 Jun 27 [cited 2022 Apr 2];72(3):753–9. Available from: http://www.scielo.br/j/reben/a/jrdd3yrwn6tYFjKvg8Rsvfb/?lang=en

Capítulo 84

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA

ANDREA ESTHER GARCÍA CAÑADILLA

1 Introducción

El asma es una de las principales enfermedades no transmisibles. Se trata de una enfermedad crónica que provoca inflamación y estrechamiento de las vías aéreas como hiperrespuesta frente una variedad de estímulos que puede ser reversible espontáneamente o con ayuda farmacológica. Se manifiesta por: tos, disnea, sibilancias y opresión torácica, pudiendo llegar a ser una situación de urgencia inminente.

Por todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 235 millones de personas sufren actualmente de asma, y 250.000 muertes se atribuyen a la enfermedad cada año. Está presente en todos los países independientemente de su grado de desarrollo.

Una crisis asmática (también denominada ataque, brote o episodio asmático, o exacerbación de asma) es el empeoramiento o aparición de varios de los síntomas característicos del asma en un paciente que se encontraba estable. Puede tardar en instaurarse varios días o pocos minutos y existen ciertos elementos que pueden provocar una crisis asmática en las personas con asma que reciben el nombre de desencadenantes.

No siempre está claro cuáles son los desencadenantes del asma en una persona en concreto, pero los desencadenantes más habituales incluyen el humo del tabaco, el aire frío, el ejercicio físico, las infecciones víricas como los catarros,

tratamiento inadecuado o abandono de la medicación, exposición a alérgenos o toma de ciertos fármacos entre otras causas. Los síntomas, junto con la saturación de oxígeno determinada mediante pulsioximetría (SaO2), permiten completar la estimación de la gravedad del episodio.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Exponer las funciones del personal de enfermería en relación con los pacientes asmáticos.

Objetivos secundarios:
- Dar a conocer los síntomas de las crisis asmáticas con el objetivo de realizar una detección precoz e iniciar una actuación rápida para el alivio del paciente.
- Establecer los pilares fundamentales del tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica tanto de artículos y de libros relacionados con el tema a tratar en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El manejo de la crisis asmática requiere un tratamiento precoz que deberían de iniciar en el domicilio los pacientes ante los primeros síntomas. Cuando la crisis progresa o se asevera a pesar de haber iniciado la terapia, el tratamiento debe de continuarse en urgencias bajo supervisión médica. Su diagnóstico precoz a la llegada de urgencias es primordial para comenzar con el tratamiento lo más rápido posible.

Para tratar adecuadamente la crisis asmática, hay que establecer su gravedad realizando una breve anamnesis donde preguntaremos el tiempo de evolución, si se ha administrado medicación previamente y su respuesta, si ha tenido crisis previas, factores desencadenantes, tratamiento que ha estado realizando y si se precisa de ingreso hospitalario. También se realizará una exploración focalizada en los datos clínicos que nos ayuden a valorar la gravedad de la crisis de asma, al mismo tiempo que se inicia el tratamiento.

Enfermería debe de colaborar con el médico a la hora de realizar la historia clínica, la exploración física, la toma de constantes (TA, Tª, FC, FR y saturación de oxígeno), la obtención de muestras con una analítica de sangre completa junto con una gasometría arterial, y la realización de un ECG y una placa de tórax.
El tratamiento se basa en tres pilares fundamentales:
- Administración de oxígeno si precisa para mantener una saturación entre 94-98% con cánulas nasales o mascarilla.
- Administración de broncodilatadores inhalados o nebulizados (encargados de relajar el músculo y abrir las vías aéreas) con β2-agonistas de acción corta (BAC) (son los broncodilatadores de elección y constituyen la base del tratamiento) y bromuro de ipratropio (se debe usar al inicio del tratamiento, durante las dos primeras horas, como coadyuvante del BAC en las crisis asmáticas graves o en las crisis moderadas refractarias al tratamiento inicial con BAC).
- Glucocorticoides sistémicos (encargados de reducir la inflamación) con hidrocortisona o metilprednisolona endovenosos o prednisona oral (en la mayoría de los pacientes asmáticos parece que los efectos tienen una misma equivalencia tanto al administrarse por vía oral como por vía intravenosa). No se deben de administrar cuando se trata de crisis asmáticas leves.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería tiene un papel destacado tanto en dar información y educación sobre el asma así como controlar los síntomas de este. Es primordial ante una crisis asmática, ya que es fundamental para proporcionar seguridad al paciente y disminuir sus niveles de ansiedad ante una situación de urgencia además de administrar el tratamiento prescripto y reconocer los signos y síntomas precoces para actuar con rapidez. También, juega un papel muy importante a la hora de realizar una educación sanitaria para mejorar la calidad de vida de estos pacientes así como de prevenir la aparición de nuevas crisis en el futuro y reducir las visitas al servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma.
2. Guía Española para el manejo del Asma (GEMA 2009) © 2009, SEPAR, SEAIC, SEORL, SEMFYC, SEMERGEN, SEMG, GRAP, SEICAP y SENP.
3. Bermúdez Martín CA, González Mesa FJ. Asma en Adulto Joven: Proceso de Enfermería. ENE Revista de Enfermería.

4. Miralles López JC. ¿Qué hacer durante un ataque de asma?: Protocolos de actuación. Alcántara Villar M (Coordinador). Nuevas fronteras en el tratamiento de enfermedades alérgicas respiratorias. Universidad Internacional de Andalucía;

Capítulo 85

PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

EVA MARIA GRACIA PEREZ

LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ

MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La pancreatitis aguda es una fase inflamatoria, la cual, se provoca en el páncreas, siendo la raíz de eso las enzimas, las cuales, se ocupan del periodo de la digestión. Los primordiales síntomas que se producen son vómitos, dolor localizado en el epigastrio, náuseas y en las situaciones de mayor gravedad puede producirse un fallo en varios órganos.

El páncreas es una glándula que se encuentra en la parte posterior del estómago formada de un conducto pancreático que llega al intestino y un conducto biliar que está en contacto con el hígado, la vesícula, y el mismo páncreas. En el páncreas hay glándulas diferentes: las glándulas exocrinas que se ocupan de segregar las enzimas digestivas, las cuales, salen de los alimentos y las glándulas endocrinas que se ocupan de segregar hormonas a la sangre, conocidas como el glucagón y la insulina.

Para crear el diagnóstico de pancreatitis aguda hay 3 normas principales, teniendo que existir dos de estas:

- Dolor epigástrico provocado de manera súbita, pudiendo ocasionar irradiación.

- Altos valores de lipasa y amilasa en un análisis de sangre, triplicado superior al límite.

- Le ecografía es la prueba de imagen que más se usa y el TAC abdominal ofrece la probabilidad de observar probables dificultades.

2 Objetivos

Dar a conocer información acerca de la pancreatitis aguda.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre los pacientes con pancreatitis aguda. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: pancreatitis, abdominal pain and pancreatic necrosis.

4 Resultados

Actualmente hay diferentes motivos de pancreatitis aguda, y el diagnóstico se ha ido mejorando poco a poco. En diferentes revisiones realizadas se han observado que en una gran parte de personas los dos motivos fundamentales de pancreatitis aguda son la idiopática y la traumática, continuando los desajustes estructurales, los cuales, provocan un taponamiento como puede ser el quiste de colédoco, la duplicación duodenal, entre otros. También producen incidencia diferentes enfermedades sistémicas entre las que se encuentra el síndrome urémico-hemolítico, la afección de algunos virus e infecciones, entre otras enfermedades existentes.

A modo de síntesis se podría verificar que los desajustes estructurales, las enfermedades sistémicas, las enfermedades del metabolismo y las genéticas son motivos habituales en la manifestación de pancreatitis crónica o repetida.

En referencia a la farmacología, la L-asparginasa es uno de los motivos más vinculados a la manifestación de pancreatitis, produciéndose hasta en un 18% de los sucesos en niños en tratamiento con este medicamento. Por otra parte, la pancreatitis secundaria o litiasis no suele producirse ni en niños ni en adolescentes está

relacionada con una infección de la vía biliar, alguna enfermedad de la sangre y al tratamiento de seguril.

Las manifestaciones de la pancreatitis aguda son muy distintos y abarcan desde un pequeño dolor en la parte de la tripa hasta manifestaciones sistémicas e inestabilidad en el metabolismo. Sobresalir que el dolor en la parte de la tripa es la manifestación más frecuente habitualmente dándose en un 87% de los casos, continuando con vómitos y distensión e hipersensibilidad abdominal. En los niños no es habitual que se dé el dolor epigástrico, que sí ocurre en las personas adultas. Otros síntomas menos habituales son fiebre y la anorexia.

5 Discusión-Conclusión

La pancreatitis aguda es un fase inflamatoria del páncreas provocada por la estimulación de enzimas proteolíticas, pudiendo ser de tipo agudo o crónico. El síntoma que aparece con más frecuencia es el dolor agudo en la parte del abdomen.

Se considera el motivo gastrointestinal más frecuente que se da en los hospitales, aunque la mayoría de los casos que se dan son breves, en ocasiones hay dificultades, las cuales se pueden observar y tratar de la mejor forma probable. Llevar a cabo una correcta valoración al inicio ayudará a ver si es un caso de pancreatitis aguda y de esta manera poder comenzar lo antes posible un tratamiento concreto para que el paciente pueda recuperarse de manera rápida.

6 Bibliografía

1. Knoderer HM, Robarge J, Flockhart DA. Predicting asparaginase-associated pancreatitis. Pediatr Blood Cancer 2007;49:634.
2. Park A, Latif SU, Shah AU, Tian J, Werlin S, Hsiao A, et al. Changing referral trends of acute pancreatitis in children: a 12-year single-center analysis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:316-322.
3. Whitcomb DC, Lowe ME. Pancreatitis. Acute and chronic. En: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Shneider BL, Sanderson IR, eds. Pediatric Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Ontario, BC: Decker; 2004. pp. 1584-1597.
4. F. Alberca de las Parras, E. Sánchez Velasco, F. Carballo Álvarez. Pancreatitis aguda. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Enfer-

medades del Aparato Digestivo. Murcia: Elsevier; 2016. P407-420.

Capítulo 86

NEUMOTORAX A TENSIÓN

MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ

EVA MARIA GRACIA PEREZ

1 Introducción

La cavidad torácica continuamente está expuesta a diferentes cambios de presión originados por los movimientos de inspiración y espiración y por las contracciones del parénquima pulmonar. La pleura es una membrana que recubre la pared torácica y cubre el diafragma y está formada por dos partes: la pleura parietal (parte externa) y la pleura visceral (parte interna). El espacio existente entre estas dos partes se denomina espacio pleural.

Normalmente la presión que hay en el espacio pleural es negativa para así facilitar la expansión pulmonar, pero si esta presión se llega a perder los pulmones no se pueden expandir y, por tanto, se colapsan. Durante el proceso de inspiración, la expansión de la caja torácica ayuda a aumentar la presión negativa en este espacio y en el proceso de espiración se contraen el diafragma y la caja torácica, lo que permite la salida de aire desde los pulmones al exterior gracias al incremento de la presión intrapulmonar respecto a la atmosférica.

Un neumotórax se da cuando existe una pérdida de presión negativa intrapleurar y, por tanto, se llega al colapso pulmonar, pudiendo ser espontáneo o adquirido. En los neumotórax de carácter espontáneo no se observa un traumatismo torácico y a su vez pueden ser idiopáticos o secundarios.

2 Objetivos

Exponer los cuidados necesarios que requiere un paciente con neumotorax a tensión.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre el neumotorax a tensión. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: COVID-19, acute respiratory failure syndrome, Spontaneous pneumothorax and chest drainage.

4 Resultados

Un neumotórax ocurre cuando la pleura parietal o visceral sufre algún tipo de daño, quedando la cavidad pleural expuesta a la presión atmosférica positiva. Lo normal es que dicha presión sea negativa para favorecer la expansión pulmonar, pero cuando alguna de las pleuras se daña y el aire entra en dicha cavidad el pulmón o una parte de él sufrirá un colapso. Los diferentes tipos de neumotórax que existen son:

- Neumotórax simple: se da cuando el aire consigue penetrar en la cavidad pleural por medio de una rotura en la pleura parietal o visceral. Cualquier persona aparentemente sana puede sufrir un neumotórax espontáneo sin traumatismo debido a la rotura de una bulla superficial del pulmón, lo que hará posible que el aire entre en la cavidad pleural.
- Neumotórax traumático: ocurre cuando hay algún tipo de herida en el pulmón y el aire se escapa penetrando en la cavidad pleural o el aire entra a través de una herida situada en la pared torácica.
- Neumotórax a tensión: se da cuando la cavidad pleural absorbe el aire a través de un pulmón lacerado o cuando existe un pequeño agujero en la pared torácica, puede presentar mayores complicaciones.

Los signos y síntomas iniciales de un neumotórax varían en función del tamaño y el motivo que lo haya causado. Es muy frecuente, la aparición de dolor fugaz y también pleurítico. El paciente puede llegar presentar insuficiencia respiratoria leve ligada a pequeñas molestias en el tórax y taquipnea en los casos de neumotórax simple. También estos pacientes suelen presentar ansiedad, disnea, dis-

minución del movimiento del lado afectado del tórax, sonidos timpánicos a la percusión de la pared torácica y disminución o ausencia de ruidos respiratorios.

5 Discusión-Conclusión

El neumotórax consiste en una acumulación de aire dentro del espacio pleural que conlleva un aumento de la presión del mismo. Ocurre cuando la pleura parietal o visceral es dañada por algún motivo y la cavidad pleural se queda expuesta a la presión atmosférica positiva. Hay que recordar que en condiciones normales dicha presión siempre es negativa para favorecer la expansión pulmonar.

Cuando el aire entra en la cavidad pleural el pulmón o una parte sufren un colapso. Los tipos de neumotórax son simple, traumático y a tensión. Sus síntomas dependen del tamaño y su causa de origen, apareciendo dolor repentino e incluso pleurítico.

6 Bibliografía

1. Rivas de Andrés JJ, Jiménez López MF, Molins López-Rodó L, Pérez Trullén A, Torres Lanzas J. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2008;44:437-448.
2. Estrada Masllorens JM, Falco Pegueroles A, Moreno Arroyo C. Drenaje torácico cerrado. Procedimiento y cuidados de enfermería a propósito de un caso. Nursing. 2012;30(12):6-66.
3. McCloskey C, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5a, Mosby-Elsevier. 2009.
4. Gupta D, Hansell A, Nichols T, Duong Y, Ayres J G, Strachan D. Epidemiology of pneumothorax in England. Thorax. 2000;55:666-671.

Capítulo 87

ERRORES DE MEDICACIÓN POR PARTE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PRADO NAVARRO EXPOSITO

AINHOA VERA PAVÓN

ANDREA ONIEVA ORTEGA

MÓNICA MUÑOZ TERCERO

CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER

1 Introducción

En la actualidad la seguridad del paciente es una de las grandes responsabilidades de los sistemas sanitarios Españoles y de todos los profesionales que en ellos ejercen su profesión.
Dentro del ámbito hospitalario y en particular en los servicios de urgencias, nos encontramos que son áreas donde los eventos adversos pueden ocurrir con más prevalencia que en otros servicios hospitalarios, ya que en ellos se ejerce una atención rápida y compleja a pacientes con riesgos vitales, destacando el estrés que supone para el personal sanitario que trabaja en este servicio el abordaje de pacientes en situación crítica, con una carga de trabajo enorme en determinados momentos.

Los eventos adversos más frecuentes son los errores de medicación siendo la fase de administración de medicación, la de mayor incidencia, y destacando en este sentido el papel del personal de enfermería, ya que son los que ejercen ésta función, por lo que se hace fundamental la adquisición de conocimientos farmacológicos por parte del personal de enfermería para realizar esta función con la mayor responsabilidad, evitando los mencionados errores de medicación y garantizando con ello la seguridad de los pacientes. La Dirección de los hospitales, debe implicarse en proporcionar programas de formación continuada en el proceso de la administración de medicación a todo el personal implicado en ello.

2 Objetivos

Conocer los factores, causas y frecuencia con la que se producen los errores de medicación, e identificar sistemas de prevención para evitar, que dichos errores de medicación se produzcan en los servicios de urgencias hospitalarios Españoles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente, con el objetivo de identificar los factores, las causas y frecuencia en la cual se producen los errores de medicación durante la fase de administración en los servicios de urgencias hospitalarios Españoles, así como las medidas de prevención para evitarlos.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Dialnet, Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud, los errores de medicación ocupan un alto porcentaje dentro de los eventos adversos ocurridos en el ámbito hospitalario. Éstos errores representan un elevado impacto en la salud de los pacientes y un aumento del coste sanitario. Además destacar que los errores de medicación pueden provocar daños irreversibles en el paciente incluso la muerte.

Los servicios de urgencias de los hospitales Españoles, son áreas dentro del hospital, que tienen un mayor riesgo para que sucedan dichos errores de medicación, ya que las propias características del servicio hacen que el personal sanitario que trabaja en estas áreas tenga una presión especial que puede dar lugar a distracciones y con ello cometer dichos errores.
De los artículos mas relevantes llevados a cabo en España, destaca "Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles" EVADUR, por el que deducimos que existe una serie de determinantes que favorecen el riesgo de sufrir un evento adverso como pueden ser, pacientes con una edad media mayor de 60 años, mayor gravedad en el motivo de consulta, estancias más prolongadas en los servicios de urgencia y un mayor número de factores de riesgo propios del paciente (HTA, DM, DLP, EPOC, ERC).
El Consejo Nacional de Coordinación para el Informe y la Prevención de Errores de Medicación NCC MERP, hace una clasificación de los tipos de errores, de los cuales se destaca: medicamento erróneo, la omisión de dosis o de medicamento, frecuencia de administración incorrecta, forma farmacéutica errónea, error de preparación el fármaco, técnica de administración, vía, hora, duración y velocidad incorrecta, paciente equivocado, monitorización insuficiente del tratamiento, medicamento deteriorado y por último falta de adherencia.
Por todo ello podemos deducir que el profesional sanitario más involucrado en el proceso de medicación son los enfermeros, y los lugares de mayor riesgo para que se produzcan los errores de medicación son los servicios de urgencias hospitalarios.
En último lugar, recodar medidas efectivas en la prevención de los errores de medicación como pueden ser la utilización de un métodos sistemáticos, como se trata de la regla de los cinco correctos, en la cual se comprueba una serie de correctos antes de la administración de cualquier tratamiento (medicamento, paciente, dosis, hora, vía de administración). La necesidad de formación continuada, así como dotar de programas de prevención de los riesgos expuestos.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias de los hospitales Españoles, es el área con mayor tasa de eventos adversos, siendo más frecuentes los errores de medicación. Todo ello propiciado por factores, que podrían ser subsanados, como pueden ser el ruido que se concentra en estas áreas, la presión de los familiares, la falta de comunicación entre los profesionales de la salud, el exceso de carga de trabajo, la falta de personal de enfermería, el cansancio de los trabajadores, la falta de conocimiento

de la medicación, el estrés, las interrupciones y distracciones, la inexperiencia, y la falta de tiempo entre muchas más. Es importante en este sentido, la implicación de la Dirección de los hospitales, en trabajar reduciendo al máximo estos factores negativos, dotando de personal suficiente éstos servicios, ya que la carga asistencial tiene mucha influencia a la hora de cometer errores y proporcionando a los profesionales implicados de una formación continuada que garantice la actualización de sus prácticas.

Además es fundamental impulsar la investigación de programas que propongan estrategias para prevenir los errores de medicación en los servicios de urgencias Españoles, en este aspecto, el personal de enfermería debe trabajar de forma sistemática para ofrecer un cuidado seguro y de calidad.

Para concluir este trabajo, destacar la importancia de mantener un equipo interdisciplinario, con buena comunicación entre todos los profesionales sanitarios que ejecuten practicas optimas, que asegure la seguridad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Rebollo Gómez P, Manso Perea C, editores. Seguridad del paciente y buenas practicas. 1ª ed. Madrid. Enfo Ediciones; 2018.p.25-56.

2. Vecina T, Borrás C, Egea R. Errores de administración de medicación en los servicios de urgencia. An Sist Sanit Navar.2013;36(3):539-41.

3. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcazar J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010;22:415-28.

4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre loes efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2006

5. Martinez J.A. (2018). Seguridad del paciente en los servicios de urgencias. Estudio regional de incidentes derivados de la atención en los servicios de urgencias hopitalarios del servicio murciano de salud (Doctoral dissertation Universidad Miguel Hernandez)

6. Lacasa C, Ayestarán A. Estudio Multicéntrico Español para la Prevención de Errores de Medicación. Resultados de cuatro años (2007-2011). Farm Hosp. 2012; 36(5): 356-67.

Capítulo 88

ICTUS. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ELENA LÓPEZ PEÑALVER

PALOMA MORALES MORALEDA

ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ

1 Introducción

Se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer esta patología, tanto su tratamiento como su diagnóstico precoz.

La enfermedad cerebrovascular, en adelante ECV, son aquellas alteraciones cerebrales derivadas de un trastorno vascular. Dentro de estas ECV nos encontramos el ICTUS que es considerada en el adulto la primera causa de discapacidad permanente por lo que este problema de salud supone un elevado coste sanitario y a su vez una elevada carga para la familia.
Además de ser la primera causa de discapacidad permanente, supone también una de las primeras causas de muerte en los países desarrollados.

Depende del grado del ICTUS que sufra la persona, pueden darse diferentes secuelas que dificultan llevar a cabo las diferentes actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Esto va de la mano al sufrimiento que supone verse con una discapacidad física o mental de la que previamente no se tenía tanto para el propio paciente como para su familia.

También hay que tener en cuenta el coste económico que supone este problema de salud para toda la sociedad.

El paciente en un primer momento se verá beneficiado si existe un rápido diagnóstico clínico, aunque este es complejo debido a la variedad de signos y síntomas que se pueden dar.

2 Objetivos

En este trabajo nos hemos planteado dos objetivos principales que son:
- Conocer la fisiopatología del ICTUS.
- Analizar el papel de enfermería ante este problema de salud.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en el mes de septiembre de 2022. Para ello se ha buscado en diferentes bases de datos tanto nacionales como internacionales: PubMed, Scielo, Google Scholar, Cochrane, etc.
Algunos de los descriptores de salud han sido: ictus isquémico, cuidados de enfermería ictus, ictus hemorrágico, etc.
Los criterios de inclusión han sido: artículos inglés o español, población diana: pacientes con ictus.

4 Resultados

Tras revisar diversos artículos nos hemos encontrado con la evidencia de que es de suma importancia la atención clínica dentro de la primera hora desde que aparecen los primeros síntomas. Es muy necesario un rápido acceso a los servicios de emergencias.

Existen múltiples signos y síntomas sin apenas diferencia en el ictus isquémico y hemorrágico. Es decir, comparten síntomas, por lo que no se puede diagnosticar de un tipo u otro viendo o conociendo solamente los signos y síntomas. Los signos y síntomas van a depender fundamentalmente del área del cerebro afectada.
Estos incluyen desde trastorno en el lenguaje hasta alteraciones en la vista, en la deglución, debilidad de una parte del cuerpo, dolor de cabeza, etc.
Lo que sí aparece en el 90% de las personas que han sufrido un ictus es una presentación súbita y una evolución muy rápida.

Una vez en el servicio de urgencias es de suma importancia su diagnóstico. La prueba diagnóstica de elección es la tomografía axial computarizada (TAC). Esta

prueba se utiliza para identificar si los signos y síntomas sufridos por el paciente son causadas por un ictus isquémico o hemorrágico. Cabe también la posibilidad de que en un primer momento no se vea nada en el TAC.

Después se realizarán diferentes pruebas complementarias para acompañar al diagnóstico definitivo. Dependiendo del diagnóstico, se llevarán a cabo diferentes actividades de enfermería según corresponda.

A continuación, se van a desarrollar como ejemplo, una de las complicaciones con efecto a largo plazo y el papel de la enfermería para ayudar en la mejora de calidad de vida del paciente que ha sufrido dicha patología.

- Función motora y sensitiva alterada: como por ejemplo la hemiparesia que surge en el lado contrario al lado afectado del cerebro. Puede afectar tanto a extremidades inferiores como superiores y quedar con inmovilidad o pérdida de fuerza. Aquí el papel de la enfermera es muy importante para mejorar y adaptar la nueva situación del paciente a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tanto en el ámbito hospitalario como en su propio medio donde vaya a vivir tras el alta.

La primordial una buena educación para la salud a la hora del alta del paciente tanto para él como para su propia familia para una pronta y exitosa recuperación.

5 Discusión-Conclusión

- Es de suma importancia difundir entre la población los signos de alarma del ictus. Para eso es necesario el papel de enfermería en educación para la salud en el ámbito comunitario.
- Una vez que se ha producido el ictus, los pacientes sufren una serie de secuelas que pueden quedar alteradas temporal o permanentemente. La enfermera llevará a cabo una serie de cuidados específicos para mejorar la calidad de vida y la salud tanto física como emocional.
- El personal de enfermería está presente en todo el proceso, desde la atención urgente pasando por la estabilización hospitalaria durante su ingreso hasta la continuación de cuidados en casa desde atención primaria.

6 Bibliografía

1. Mitchell J, Ballard D, Whisnant J, Ammering C, Samsa G, Matchar D. What Role Do Neurologists Play in Determining the Costs and Outcomes of Stroke Patients? Stroke 1996; 27:1937-1943.

2. Díez Tejedor E editor. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science; 2006.
3. Arboix A, Díaz J, Pérez-Sempere A, Álvarez Sabín J. Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. . In: Díez Tejedor E, editor. Guía para el diagnóstico y el tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science; 2006:1-23.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002. Estimates of mortality, YLL, YLD and DALYs by sex, age and cause, for 14 WHO subregions for 2002 as reported in the World Health Report 2004.
5. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Neurological/Sensory Disorders: Cerebrovascular accident. In: Davis FA, editor. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span. 9th ed.: F.A. Davis Company/Publishers; 2014.

Capítulo 89

LOS ENFERMEROS Y LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN SALUD MENTAL

MARTA MARÍN RUIZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

LAURA FLORES DECHADO

1 Introducción

Este apartado de introducción nos va a servir para poner en antecedentes diversas cuestiones de este estudio. Una de ellas es que a la hora de trabajar en la planta de salud mental el personal de enfermería debe de conocer qué trastornos o patologías principales se van a producir en dicho espacio de trabajo. Contextualizar, por otro lado, que la psiquiatría es la rama de la medicina que tiene por finalidad estudiar, diagnosticar, aplicar los tratamientos y prevenir las enfermedades mentales, pero también ciertos trastornos de la personalidad y la conducta. De otro lado debemos de hablar de la finalidad desde estudio que es: conseguir que la salud tenga un estado completo de bienestar, en ello contemplamos igualmente la salud mental. Esta sería la capacidad para conseguir unas relaciones armoniosas en la sociedad y para tener, por un lado, ausencia de enfermedades y, por otro

lado, una estabilidad en el medio social y físico. La asistencia siquiátrica en los hospitales es fundamental para conseguir estos dos últimos objetivos. Mencionar finalmente en esta introducción que la idea de asistencia psiquiátrica ha cambiado mucho en los últimos años y que actualmente han dado paso a las unidades de agudos de los hospitales donde se tratan casos de carácter temporal.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:
Analizar de manera general distintas patologías frecuentes en salud mental del sistema sanitario público.
Relacionar dichas patologías con las funciones que ejerce el personal de enfermería en la sanidad.

3 Metodología

Para este estudio nos hemos basado, por un lado, en bases de datos de relevancia para nuestro trabajo y de otro lado teniendo en cuenta que dichas fuentes fuesen fiables para así tener un criterio objetivo de trabajo. Las bases de datos usadas han sido variadas y van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer varias ideas generales que nos sitúan este trabajo e investigación referido a las distintas patologías de salud mental. El espacio de trabajo de salud mental tiene unas características muy específicas debido a la enfermedad de los pacientes. Principalmente a dos de estas cuestiones, por un lado, a la inestabilidad de los mismos y por el otro a muy diferentes patologías médicas que deben de convivir en un mismo lugar de manera armónica. Es por esto que el personal de enfermería aquí es una de las categorías de trabajo de gran apoyo, ya que viene a cubrir una serie de necesidades fundamentales en esta área de salud mental. Respecto a las principales patologías de salud mental se dan una serie de trastornos del estado de ánimo en los pacientes. Por ejemplo, el afecto que se refiere a la capacidad emocional de la persona. En muchos casos el paciente oscila entre una gran euforia y la contraria, la tristeza.

Cuando estos comportamientos influyen en la vida diaria de la persona se habla de trastornos afectivos. Existe muchos trastornos afectivos, entre los más conocidos es la depresión. Otra de las patologías que vamos a ver en salud mental frecuentes es la ansiedad. Aclarar que la ansiedad no necesariamente tiene que ser un estado patológico, lo es cuando su duración e intensidad impide una vida normal. En este caso los enfermeros deben de saber que se caracteriza por tener un cansancio mental y alteraciones de la personalidad excesivas, así como un estado intenso de ansiedad y pensamientos obsesivos. El personal de enfermería debe de tener claro qué características generales presentan las distintas patologías más frecuentes que nos encontramos, así como intentar que dichas alteraciones entren en un estado de calma y paz. Esto último llevará a estos profesionales a poder desarrollar su actividad con absoluta normalidad.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizadas las distintas patologías que se encuentran en el área de salud mental determinamos que un número importante de ellas están relacionadas con la parte afectiva y emocional del paciente. Por tanto, concluimos que la planta de salud mental es una planta en la que los pacientes que están en ella, en muchos casos están inestables debido a las patologías mentales que presentan. Por otro lado, concluimos que la relación de la planta de salud mental con los enfermeros está estrechamente relacionada, ya que vienen a cumplir una parte importante de las funciones que en ella se desarrollan. Por tanto, las patologías mentales de dicha planta influyen en el desarrollo normal de la misma y el personal de enfermería tiene cometidos específicos e importantes en dicha relación.

6 Bibliografía

Manual Práctico de Enfermería. Procesos, protocolos y procedimientos. Aspectos imprescindibles para el ejercicio de la profesión. 2020. Forcada J.A; Collado E. (Eds). Amazing Book

Capítulo 90

ICTUS: MANEJO Y CUIDADOS A CONTRARRELOJ

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

CRISTINA DÍAZ COGOLLUDO

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

1 Introducción

Se entiende como accidente cerebrovascular (ACV) o ictus a la interrupción de la circulación sanguínea del cerebro dificultando o impidiendo la llegada de oxígeno al mismo. Se distinguen varios tipos:

- Ictus isquémico: Es el tipo mas común y se debe a una obstrucción parcial o total de los vasos sanguíneos del cerebro.
- Ictus hemorrágico: Aquel provocado por una hemorragia que acaba por comprimir las estructuras del sistema nervioso central.

El ACV es la principal causa de discapacidad en España y una de las principales causas de muerte. Los principales signos de alerta que acompañan al ACV son: dificultad para hablar, pérdida de fuerza o de sensibilidad en la mitad del cuerpo, pérdida de visión o dolor de cabeza intenso.

El ictus es una patología tiempo dependiente, por lo que una rápida detección de síntomas y el inicio del tratamiento trombolítico en un plazo inferior a las tres horas reporta grandes beneficios y un pronóstico favorable.

Por ello existe el llamado Código Ictus, una serie de procedimientos encaminados al reconocimiento de forma precoz de signos y síntomas de alerta y al tratamiento y manejo en centros especializados. (1,2)

Una vez el paciente se encuentra en el centro de referecia se llevan a cabo una serie de pruebas radiológicas y tras ello se decide la intervención a realizar, entre las que se encuentran la trombolisis (siempre antes de las primeras 4 horas y media desde la aparición de los síntomas) o la trombectomía mecánica (en las primeras 22 horas).
(3,4)
En este tipo de casos la población juega un papel muy importante, ya que una política adecuada de educación sanitaria permitirá a la población reconocer los signos de alarma y proceder de forma rápida. (2)

2 Objetivos

- Describir los signos y síntomas característicos del accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre los años 2018 y 2022 en bases de datos como: PubMed, Scielo, Elsevier y MedLine. Se han utilizado como palabras clave “accidente cerebrovascular”, “ictus”, “código ictus”, “trombolisis”, “trombectomía mecánica”.

4 Resultados

El accidente cerebrovascular es uno de los principales problemas de salud en la sociedad actual con altas tasas de discapacidad y de mortalidad. Al ser una enfermedad tiempo dependiente, requiere de una detección precoz de signos y síntomas con el objetivo de garantizar una atención sanitaria lo más rápida posible y evitar así posibles secuelas neurológicas y garantizar así el mayor grado de autonomía del paciente. (1)
Por ello existe una serie de procedimientos protocolizados que se denomina “Código Ictus” cuyo objetivo es la detección precoz de síntomas y la priorización de cuidados y traslado a centros de referencia de aquellos pacientes que se pueden beneficiar de un tratamiento de reperfusión y de los cuidados especiales en la Unidad de Ictus. (2)
Puesto que la mayor parte de los ACV son isquémicos provocados por un trombo que obstaculiza el flujo sanguíneo cerebral, la terapia principal que se utiliza es la trombolisis y su eficacia será mayor cuanto antes se realice. (3,4)

Una vez el paciente se encuentre en la Unidad de Ictus, el personal de enfermería llevará a cabo una serie de cuidados para garantizar la seguridad del paciente y evitar posibles complicaciones.

- Control de constantes

• Tensión arterial: Evitaremos reducir las cifras más de un 20% de las iniciales, poniendo especial atención en evitar la hipotensión, utilizando en caso de ser necesarios expansores de volumen o drogas vasoactivas.

• Frecuencia cardíaca: Monitorización mínima las primeras 24h junto a la realización de un ECG.

• Saturación de oxígeno: Utilizar oxigenoterapia en aquellos pacientes que bajen del 95% de saturación. Valorar la necesidad de intubación orotraqueal en aquellos pacientes que tengan un valor en la escala de Glasgow <9.

- Control neurológico constante: Mediante la escala de Glasgow, estado de pupilas y valoración muscular. En caso de empeoramiento se indicará TAC urgente.
- Control de glucemias: Mantener al paciente en cifras de 80120 mg/dl.
- Medidas antiedema: Colocar al paciente con una elevación de 30º-35º. Los edemas acompañados de hipertensión intracraneal es la principal causa de muerte durante los primeros siete días. Se debe llevar a cabo un control estricto del balance hidroelectrolítico y se requerirá la utilización de manitol 20% y diuréticos.
- Protección gástrica y medidas anti broncoaspiración: Mantener al paciente en dieta absoluta y colocar una sonda nasogástrica siempre que esté indicada. Esto nos permitirá a su vez llevar un control nutricional aceptable y evitar posibles neumonías por aspiración.
- Prevención de úlceras: Para ello se llevarán a cabo cambios posturales y en caso de ser necesario se utilizarán colchones de aire. Un buen estado nutricional influirá de manera positiva.
- Control de crisis epilépticas: No se actuará de manera preventiva, puesto que no está indicado, sino que se administrarán fármacos antiepilépticos una vez haya comenzados las crisis.
- Control de la hipertermia: Evitar cifras mayores a 37'5ºC, utilizando antipiréticos si fuera necesario.

(5,6)

El alta hospitalaria se valorará una vez el paciente haya superado la fase aguda de la enfermedad. Se proporcionará información al paciente y familiares sobre el ictus, fases de la recuperación y servicios posteriores.

Tiene gran importancia en esta fase la atención primaria y los servicios de rehabilitación. (6)

5 Discusión-Conclusión

El accidente cerebrovascular está muy presente en nuestra sociedad causando gran número de discapacidades e incluso de muertes. Al ser una situación en la que el tiempo juega un papel fundamental en el tratamiento y recuperación del paciente es primordial llevar a cabo políticas de educación sanitaria a la población con el objetivo de detectar fácilmente los signos y síntomas característicos del AVC y no demorar la asistencia sanitaria.
También juega un papel fundamental la protocolización de cuidados y contar con un equipo multidisciplinar de calidad que garantice la mejor atención y cuidados, tanto extrahospitalarios, hospitalarios y de atención primaria, ya que es una enfermedad que requerirá de tiempo para conseguir el mayor grado de independencia posible.

6 Bibliografía

1. C. García-Cabo, L. Benavente, J. Martínez-Ramos, Á. Pérez-Álvarez, A. Trigo, S.
Calleja. Analysis of the new code stroke protocol in Asturias after one year.
Experience at one hospital .Neurología (English Edition), Volume 33, Issue 2, March
2018, Pages 92-97
2. Aguilera Peña M, Aranda Aguilar F, Soriano Rodríguez F. Cadena asistencial del ictus. Análisis de tiempos de actuación. En: Procedimiento conjunto de atención al ictus en la provincia de Córdoba. Código Ictus. P 15-20
3. Saal Zapata G, Rodríguez R. Intra-arterial, aspirate and mechanical thrombectomy.
First case in a patient with an acute stroke in a hospital. Rev Med Hered vol.31 no.1
Lima. Ene-mar. 2020
4. Velez Bravo MD, Naranjo Apuntes DI, Méndez Barbosa EA, Barros Cabrera JA. Trombólisis intraarterial en ACV isquémico agudo. RECIMAUC VOL. 4 Nº 4 ESP. (2020)
5. Aranda Aguilar F, Aguilera Peña M, Galán Alcaide JC. Manejo inicial del paciente con ictus. En: Procedimiento conjunto de atención al ictus en la provincia de
Córdoba. Código Ictus. p. 76-79.

6. Sanjuan E, et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. Neurología. 2020. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.025

Capítulo 91

EMBOLIA POR LÍQUIDO AMNIÓTICO: EL GRAN DESAFÍO

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

CRISTINA DÍAZ COGOLLUDO

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

1 Introducción

El embolismo por líquido amniótico (ELA), también nombrado en varios estudios como un síndrome anafilactoide del embarazo, es una de las complicaciones obstétricas más raras caracterizada por su rápido inicio y su alta tasa de mortalidad, tanto materna como fetal.(1,2)

Esta complicación se relaciona con situaciones en las que existe intercambio de fluidos como pueden ser el desprendimiento de placenta o placenta previa; sin embargo, la naturaleza imprevenible e imprevisible del ELA, no existen factores de riesgo suficientemente establecidos para justificar cualquier alteración en la atención obstétrica estándar. (1)

Se describen tres fases teniendo en cuenta los signos y síntomas y la rapidez con la que estos aparecen. Tenemos una fase precursora con síntomas prodrómicos que ya nos indica el problema que estar por venir. Le sigue una fase inicial en la que ya aparecen complicaciones agudas como disnea por la lesión pulmonar y vasoespasmo, hipotension arterial y disminución del nivel de conciencia. Terminamos con la segunda fase en la que se produce fallo multiorgánico y hemorragia por coagulación intravascular diseminada. (2,3)

La paciente requerirá en la mayoría de los casos medidas de soporte vital básico y soporte vital avanzado para salvar la vida y en ocasiones habrá que elegir realizar cesáreas urgentes para salvar la vida del feto. (4)

2 Objetivos

1. Exponer los principales signos y síntomas para aprender a identificar la embolia por líquido amniótico
2. Enumerar las actividades de los profesionales para asegurar una intervención rápida y eficaz.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre los años 2014 y 2022 en bases de datos como: PubMed, Scielo y MedLine.
Se han utilizado como palabras clave "embolia por líquido amniótico", "parto", "cesárea", "complicaciones obstétricas", "síndrome anafilactoide del embarazo

4 Resultados

Tanto el diagnóstico como el manejo de la embolia por líquido amniótico es complicado. No existen unos factores de riesgo que permitan prevenir o anticiparse a dicho trastorno y esto, unido a la rapidez con la que aparecen los primeros síntomas, hace que sea un desafío para los profesionales de la salud.
Se han descrito tres fases teniendo en cuenta los signos y síntomas que presente la paciente así como el tiempo de aparición de estos.

- Fase precursora: La paciente cursa con agitación, dificultad respiratoria náuseas o vómitos. Estos síntomas prodrómicos, que no siempre aparecen en la paciente, conducen a la fase inicial del ELA.
- Fase inicial: Se dan en las primeras dos horas de inicio del cuadro. Aparece ya una disnea aguda, hipotensión severa que puede dar lugar a paro cardíaco, alteración importante del nivel de conciencia y en menor medida aparecen hemorragias.
- Segunda fase: En esta fase los síntomas se acentúan apareciendo fallo cardíaco severo con edema agudo de pulmón, hipovolemia y coagulación intravascular diseminada. (2,3)

Una rápida intervención permitirá disminuir tanto el compromiso materno como fetal.
Se deben llevar a cabo maniobras de Soporte Vital Básico y Avanzado con el objetivo de manejar vía aérea, mantener constantes vitales y corregir la coagulopatía existente.
Durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar hay que tener en cuenta el lugar que ocupa el útero y movilizarlo manualmente para aliviar la compresión aortocava y favorecer así la resucitación.
En el manejo de vía aérea será necesario en la mayoría de los casos de intubación y oxigenoterapia al 100% debido a la hipoxia y edema pulmonar existente.
El manejo de la inestabilidad hemodinámica está basado en la reposición de volumen y manejo de fármacos vasopresores e inótropicos. A la hora de reponer líquidos siempre hay que tener en cuenta que tener en cuenta que estas pacientes desarrollan edema agudo de pulmón.
Por último el manejo de la coagulopatía está encaminando a la transfusión masiva de hemoderivados, con administración temprana y continua de plaquetas y plasma fresco. Los concentrados de hematíes se irán regulando según análisis continuos del perfil de coagulación.(3)
En caso de que las maniobras de resucitación sean ineficaces, se debe considerar realizar una cesárea urgente en los primeros diez minutos de aparición del cuadro y siempre que el feto sea viable.(4)

5 Discusión-Conclusión

La embolia por líquido amniótico es un gran desafío para los profesionales sanitarios siendo una complicación prácticamente indetectable, ya que, por un lado, no atiende a factores de riesgo y, por otro lado, cuando empieza la clínica pasa a ser en cuestión de pocos minutos una situación crítica en la que ni siquiera una rápida y eficaz actuación nos garantiza salvar la vida de la paciente y/o feto. A lo largo de los años se ha notado un descenso en la mortalidad materna y fetal gracias a los avances en maniobras de soporte vital básico y avanzado junto a una intervención multidisciplinar, pero sigue siendo un gran problema para los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Lisonkova S, Kramer MS. Amniotic fluid embolism: A puzzling and dangerous obstetric problem.PLoS Med. 2019;16(11)

2. Durón González R, Bolaños Morera P, Munkel Ramírez L. Embolismo de líquido amniótico. 2018;35(1)
3. Vielma-Olavarría S, Ravello I, Hinojosa MJ, Soto M, Sánchez F, Morales C. Amniotic fluid embolism associated with recovered cardiac arrest and postpartum
Sheehan´s syndrome. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(1):68-71
4. Pantoja-Garrido M, Frías-Sánchez Z, Vaquerizo-García JC, Jiménez-Sánchez C. Maternal death due to amniotic fluid embolism after cesarean section. Obstetric pathology with high morbimortality.Ginecol. obstet. Méx; 85(1): 32-37, ene. 2017

Capítulo 92

CUIDADOS DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA: PREVENCIÓN DE LA FLEBITIS COMO PRINCIPAL COMPLICACIÓN

ELISA VÁZQUEZ VALVERDE

MARTA ESPUELA NIETO

MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS

RAQUEL ROCA ÁLVAREZ

SONIA RUIZ MAYORAL

1 Introducción

La canalización de una vía venosa periférica se define como la inserción de un catéter en una vena de pequeño calibre, ya sea en brazos o piernas, para administración de terapia intravenosa de fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional.
La presencia de la vía venosa periférica es tan frecuente en nuestro ámbito de trabajo que un 72% de los pacientes portan al menos una de ella. Al paciente que ingresa por urgencia se le canaliza una nada más llegar, el paciente que va a quirófano la debe llevar y el que se encuentra ingresado en una unidad de hospitalización también tendrá al menos una vía venosa periférica.

Las complicaciones derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son obstrucción, inflamación, infiltración, extravasación y flebitis. Esta última representa el principal riesgo de la terapia intravenosa con catéteres periféricos a corto plazo, suponiendo un aumento de tiempo en la hospitalización del paciente, aumentando el coste del tratamiento y el disconfort del paciente.
Existen estudios que demuestran que una correcta formación del personal de enfermería, en cuanto a técnicas asépticas de inserción, vigilancia de las vías y sobre todo unificación de criterios profesionales en el manejo de estas resulta muy positivo para prevenir y tratar los problemas derivados de la flebitis.

2 Objetivos

1.- Definir la técnica de canalización de vía periférica.
2.- Analizar las complicaciones derivadas de la canalización de la vía venosa periférica.
3.- Exponer signos y síntomas de las posibles complicaciones derivadas de la vía venosa periférica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, hemos utilizado la revisión bibliográfica en las distintas bases de datos como Cuiden, Cochrane y PubMed, utilizando como palabras clave: "vía venosa", "flebitis", "apósitos", "cuidados". Además, hemos consultado varía revistas electrónicas y protocolos ya instaurados en distintos centros sanitarios.

4 Resultados

Canalización del catéter endovenoso
1.- Explicar el procedimiento al paciente con un lenguaje apropiado para que la persona pueda entender todo lo que le decimos.

2.- Lavado higiénico de manos con jabón neutro.
En el caso de pacientes inmunodeprimidos, la recomendación es usar jabón de povidona o clorhexidina.

3. Colocación de guantes no estériles.

4. A continuación, para dilatar las venas utilizaremos un compresor de goma, colocándolo a modo de torniquete unos 10-15 cm por encima del lugar elegido. Para conseguir una mayor dilatación venosa, podríamos golpear con suavidad la vena al paciente dejando colgado el brazo junto a la cama y pedirle que abra y cierre la mano.

5. Cuando las venas están convenientemente dilatadas, elegiremos el lugar más conveniente para realizar la punción, comprobando su recorrido y direccionalidad. Evitaremos venas varicosas, trombosadas y utilizadas previamente.
Elección del lugar de punción:
Las zonas de elección suelen ser las más distales posibles, ya que si el intento resulta fallido y tenemos que descartar alguna vena, sigamos teniendo posibilidad de pinchar en las más proximales. En MMSS se debe plantear primero la posibilidad de pinchar en el dorso de la mano, teniendo en cuenta que permite catéteres de menor tamaño, que limita el movimiento del paciente y que podría variar el ritmo de infusión según la posición de la mano.
Continuaremos por el brazo y flexura del codo. Las venas radial y cubital suelen ser más cómodas para el paciente y garantizan un flujo constante pero hay que tener en cuenta que al ser de mayor calibre, el daño venoso puede ser mayor.
Las siguientes venas de elección serían la basílica media y la cefálica media que admiten mayores catéteres de mayor diámetro y canalización es fácil, pero hay que tener en cuenta que el daño en el árbol vascular es mayor. No se aconseja la yugular externa por su fragilidad y su difícil progresión con el catéter. En el caso de neonatos, se suelen utilizar las epicraneales usando venas temporales superficiales.
Siempre que podamos, evitaremos pinchar en venas de los MMII ya que se desaconseja su utilización porque suelen ser más frágiles y por el importante riesgo de provocar problemas circulatorios o, si ya existen, los agravaríamos. Aún así, en caso de tener que recurrir a ellos, la zona recomendada es la zona pedia dorsal.

6. Limpiaremos la zona donde deseamos pinchar con una torunda impregnada en antiséptico para desinfectar la piel, lo haremos empezando por el centro, con movimientos circulares hacia afuera.
Como antiséptico se recomienda como primera opción alcohol de 70º y la clorhexidina alcohólica como segunda (se desaconseja la clorhexidina acuosa), siempre teniendo en cuenta que debemos esperar el tiempo de: al menos 30 segundos, aunque hay bibliografía que recomiendan 2 minutos, para el alcohol y 30 segundos para la clorhexidina.
Aunque la povidona yodada también se podría utilizar como antiséptico en estos

casos, se desaconseja porque si existieren restos de sangre su efecto se inactivaría. Una vez desinfectada la piel, no volveremos a tocar la zona.

7. Tensaremos la piel hacia abajo para fijar la vena y evitar que en el momento de pinchar se nos mueva.

8. Insertaremos el catéter previamente elegido(siendo el de menor calibre dependiendo del tratamiento a seguir, para minimizar las posibles lesiones de la íntima. Los más utilizados son del 18G y 20G para adultos y 22G y 24G en niños) perforando la piel con el bisel hacia arriba, haciendo un ángulo de unos 15 a 20º.

9. Una vez atravesada la piel, reduciremos el ángulo para no atravesar la vena y avanzaremos cuidadosamente con el catéter , observando si empieza a refluir sangre en la recámara del catéter.

10. Una vez hayamos comprobado que estamos en vena, con el reflujo de sangre en la recamara, avanzaremos un poco más (unos 0.5cm) para asegurar y retiraremos el compresor.

11. A continuación, comenzaremos a retirar el fiador de la aguja a la vez que vamos terminando de meter el catéter. Una vez hayamos terminado de sacar la aguja, bien notando un clic o sacando totalmente la aguja, desecharemos la aguja en el contenedor para objetos punzantes.

12. Acoplaremos el equipo intravenoso a la conexión del catéter. Se recomienda usar llave de tres pasos con alargadera ya purgada para poder conectar más de una infusión en caso de necesitarlas.
Se colocaran tapones con válvula bidireccional, para minimizar el riesgo de contaminación del catéter. Aún así limpiaremos el acceso con antiséptico adecuado antes de su uso y accederemos solamente con dispositivos estériles.

13. Empezaremos la perfusión lentamente, comprobando que la vía permanece permeable, si queremos podemos comprobar el retorno venoso colocando por debajo del punto de punción el recipiente del fluido a infundir.
Si el catéter es para uso intermitente o para extracción de muestras, irrigarlo con al menos 2 cc de suero fisiológico.

14. Fijaremos el catéter. Existen diversos apósitos para este uso. Lo recomendable es utilizar un apósito trasparente para que nos facilite la visión del punto de inserción sin necesidad de levantar dicho apósito, evitando así la salida accidental del catéter y el riesgo de infección por su manipulación innecesaria.

Cuidados y mantenimiento del catéter:
Para un buen funcionamiento del catéter y para evitar infecciones o posibles complicaciones derivadas de su uso, se deberán valorar y promover una serie de actividades teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Valoración y manejo del punto de inserción. Es aconsejable revisar el punto de punción diariamente, por lo que si el apósito es trasparente se puede visualizar sin necesidad de levantarlo. El apósito se cambiará siempre que esté mojado, sucio o deteriorado y, si no se diera ninguno de estos casos, se cambiará cada 72 horas los apósitos de gasa y cada 7 días los apósitos transparentes. Siempre que se cambie el apósito se desinfectará con antiséptico el punto de inserción. Cualquier manipulación se realizará previo lavado de manos y con guantes no estériles.

Mantenimiento de la permeabilidad de la vía: Si la vía no se usa constantemente, procederemos a salinizarla lavando con una jeringa cargada con unos 2cc de suero fisiológico cada 8 horas. Pero si se está haciendo un uso intermitente de dicha vía, haremos el lavado con suero después de cada uso. Si la vía se usa para extracción de sangre, previa a la recogida de la muestra desecharemos 4cc para evitar que los resultados salgan alterados. Posteriormente a la extracción, actuaremos de la misma manera, lavando con 2 cc de suero fisiológico.
En caso de obstrucción, no empujar el coágulo al torrente sanguíneo. Aspirar suavemente con una jeringa de 2 cc con suero salino, y en caso de no resolverse, cambiar el catéter.

Equipos de infusión continuos. Se limitará, en lo posible, el número de llaves de tres pasos. Tanto los sistemas de infusión como las llaves y tapones se cambiarán cada 72 horas y/o siempre que estén sucios.
En caso de NPT, los sistemas se cambiarán diariamente.
Se pondrán equipos nuevos cada vez que se canalice una vía nueva.

Posibles complicaciones.
- Flebitis. Es la inflamación de la vena, se suele acompañar de formación de coágulos de sangre en su interior. Las manifestaciones clínicas de la flebitis son: dolor, eritema, sensibilidad, calor local, hinchazón, induración, purulencia, cordón venoso palpable. En caso de que aparezca flebitis habrá que parar la infusión y retirar el catéter, aplicar compresas calientes y canalizaremos otra vía si fuese necesario.

Para valorar la existencia de flebitis se desarrolló la escala de Maddox:
0.Sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón palpable. No signos de flebitis. Observe el punto de inserción

1.Dolor sin eritema, hinchazón ni cordón palpable. Posible signo de flebitis. Observar punto inserción.
2.Dolor, eritema y/o hinchazón sin cordón palpable. Inicio de flebitis. Retirar catéter.
3.Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón palpable <6cm por encima del punto de inserción. Etapa media de flebitis. Retirar catéter y valorar tratamiento.
4.Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón palpable >6cm por encima del punto de inserción y/o purulencia. Avanzado estado de flebitis. Retirar catéter y valorar tratamiento.
5.Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión. Tromboflebitis. Retirar catéter e iniciar tratamiento.
Como medida para evitar esta complicación, a la hora de canalizar la vena, elegiremos venas de un calibre adecuado, teniendo en cuenta tipo y duración del tratamiento.

- Obstrucción. Podemos evitar la obstrucción del catéter lavándolo con suero fisiológico después de cada uso y al menos una vez por turno. Si aún así se produce la obstrucción, se retirará el catéter y si la sigue necesitando, se canalizará otra nueva.
- Extravasación. Sus manifestaciones clínicas son: malestar, inflamación, ardor, tirantez, piel fría, palidez y velocidad de flujo lenta. Si se produce extravasación: detener la infusión, retirar el catéter y colocar una compresa fría o de calor, elevar la extremidad si es posible, comprobar el pulso y relleno capilar, canalizar otra vía periférica en el otro brazo o muy por encima del sitio de extravasación, si precisa. Es muy importante vigilar el punto de inserción y mantener un flujo adecuado al calibre de la vena.
- Salida del catéter. Una buena fijación del catéter, sobre todo en paciente poco colaboradores, evitará la salida accidental del mismo. En el traslado del paciente es muy frecuente la salida accidental o desconexión de sistemas por lo que intentaremos hacer los traslados con el mínimo número de perfusiones posibles o si pudiese ser, con la con vía salinizada.
- Infección local o generalizada (sepsis). Tendremos en cuenta el lavado de manos y el uso de guantes como principal medida de higiene. Tanto para la inserción del catéter, como para cualquier otro procedimiento mantendremos las medidas de asepsia ya mencionadas anteriormente.
Si aún así la infección generalizada apareciera, se lo comunicaremos al facultativo responsable del paciente, retiraremos el catéter contemplando la posibilidad de enviar la punta a cultivar al laboratorio de microbiología.

Educación para la salud. El paciente deberá ser informado de todos los procedimientos y tratamientos que va a recibir.
Debe saber que a la hora de asearse tiene que evitar mojarse la vía, y en el caso de que esto ocurra, debe avisar al personal de enfermería para que cambie los apósitos y fijaciones.
En la medida de lo posible, deberá evitar la flexión de las extremidades cuando la vía haya sido insertada en alguna de ellas. Evitará movimientos bruscos que favorezcan la retirada accidental de la vía.
Por parte del equipo de enfermería, informaremos al paciente de los diferentes signos y síntomas de flebitis, para que en el caso de que presente alguna de éstas (dolor, calor y rubor, aumento de la temperatura sistémica, edema cutáneo) avisen al personal y se intente resolver de la manera más rápida posible.

5 Discusión-Conclusión

Ante el elevado número de pacientes portadores de catéteres de vía venosa periférica durante su estancia hospitalaria (prácticamente el 100%), nace la necesidad de la actualización de conocimientos del personal de enfermería. Así podremos brindar unos cuidados de calidad, manteniendo la seguridad del paciente, sin olvidar también la de los profesionales sanitarios.

En el análisis de la bibliografía consultada, se llega a la conclusión de la importancia de llevar a cabo una técnica adecuada, evitando así la aparición de complicaciones derivadas de ser portador de vía venosa periférica. La obstrucción del catéter, su salida accidental, la extravasación de la vía venosa, la infección (local o generalizada) son posibles complicaciones, siendo la de mayor incidencia la aparición de flebitis. Es por ello que, conociendo sus manifestaciones clínicas evitaremos en gran medida su aparición o las detectaremos a tiempo para tratarlas y así minimizar al máximo sus consecuencias. De esta manera, disminuiremos el tiempo de hospitalización y el coste del tratamiento y, por supuesto, evitaremos el disconfort del paciente.

6 Bibliografía

1.- Garitano Tellería, B., Barberena Iriarte, C., Alonso Vallejo, M., Guistau Torres, C. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. ScienceDirect. Enfermería clínica. Volumen 12

.p. 166-172. 2002. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862102737479
2.- Chumillas Fernández, A., Sánchez González, N., Sánchez Córcoles, MD., Plan de cuidados para la prevención de flebitis por inserción de cateter periférico. Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002. Disponible en: www.ruidera.uclm.es
3.- Loro Sancho, N., Sancho Sánchez, M.J., Sancho, S., Loro Sancho, N., Sancho Sánchez, M.J., Sancho Sánchez, M.T., Martínez Hernández, E., Peiró Andrés, A. Hernández, E., Peiró Andrés, A. Enfermería: Canalizaciones periféricas, atención, cuidados, mantenimiento y complicaciones. Nursing: Peripheral canalizations, care, maintenance and complications. Enfermería global. 2005. Nº7.
4.- Gavilán López, MÁ., García Gavilán, EA., Gavilán López, Á. Canalización de via periférica. Cuidados de enfermería. 2017. Disponible en: www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/canalizacion-via-venosa-periferica-cuidados-enfermeria/
5.- Servicio de salud de Castilla la Mancha. Hospital Nuestra Señora del Prado. Terapia intravenosa(4200): Cuidados de inserción vía venosa periférica. 2013

6.- Hospital Universitario "Reina Sofía". Córdoba. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Cuidados y mantenimiento de catéteres periféricos. 2010. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=procedimientos
7.- Biblioteca virtual del Servicio Murciano de Salud. Antisepsia previa a flebotomia: ¿alcohol o clorhexidina? 2018. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid/22705
8.- Martinez Bagur, ML. Guia de antisépticos y desinfectantes. Hospital universitario de Ceuta. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad del Gobierno de España. Servicio de Medicina Preventiva , salud pública y prevención de riesgos laborales.
9.- Arévalo, JM., Arribas, JL. Hernández, J., Lizan, M. Guia de utilización de antisépticos de la Sociedad española de Medicina Preventiva, Salud pública e Higiene. Disponible en : www.sefh.es>Antisepticos.pdf
10.- Servicio de salud de Castilla la Mancha. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Protocolo de catéter periférico. 1999. Consultado el 17/02/2008. Disponible en: www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/cateterPeriferico

Capítulo 93

IMPORTANCIA DEL ORDEN CORRECTO DE LLENADO DE TUBOS DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO

RAFAEL HABAS MORENO

LUCÍA GARCÍA GARCÍA

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

La toma de muestras de sangre para análisis de laboratorio es una práctica común en la práctica de enfermería. Los errores de muestreo son relativamente comunes, lo que conduce a resultados erróneos y, a veces, al rechazo por parte del laboratorio, lo que resulta en una nueva extracción. Los profesionales médicos son los responsables de prevenir, evitar y minimizar posibles errores. El método de recolección de muestras de sangre es importante para obtener resultados cualitativos. El orden en que se llenan los tubos puede alterar algunos de los resultados, por lo que es importante conocer el orden correcto de llenado. Todo ello encaminado a reducir el número de muestras rechazadas, evitando el riesgo de

malinterpretar los diagnósticos de los pacientes y las molestias que provocan las pruebas analíticas repetitivas.
Los profesionales médicos son los responsables de prevenir, evitar y minimizar posibles errores. El método de recolección de muestras de sangre es importante para obtener resultados cualitativos. El orden en que se llenan los tubos puede alterar algunos de los resultados, por lo que es importante conocer el orden correcto de llenado. Todo ello con el fin de reducir el número de muestras rechazadas, evitando el riesgo de malinterpretar los diagnósticos de los pacientes y las molestias que estos provocan en la repetición de las pruebas analíticas.

2 Objetivos

-Determinar las fases del proceso de la extracción de muestras sanguíneas.
-Analizar los diferentes tipos de tubos utilizados para la obtención de muestras sanguíneas.
-Establecer cuál es el orden correcto de extracción de los tubos de muestras sanguíneas por el personal 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, consultando, seleccionando y analizando artículos y estudios publicados en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo o Google académico, seleccionando aquellos artículos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El período de análisis consta de tres fases: preanálisis, análisis y postanálisis. La fase de preanálisis comprende todas las actividades desde que el médico comunica la orden de realización de la prueba, la correcta selección del tubo de recogida de sangre, la recogida de la sangre de la enfermera, el correcto transporte al laboratorio, la gestión hasta el análisis y procesamiento. , centrifugación y/o separación, según el caso de las muestras. La fase de análisis incluye todas las actividades relacionadas con el análisis, desde la selección de los métodos y equipos de medición, la calibración, el mantenimiento, los sistemas de control de calidad hasta la identificación de los errores analíticos que puedan producirse.

La fase de post-análisis incluye la confirmación de los resultados, los rangos o rangos de referencia de la población, los informes de laboratorio en un formato predefinido y la confidencialidad de los resultados. La fase de preanálisis es la parte más importante del análisis porque es aquí donde se encuentra la mayor cantidad de errores que conducen al rechazo de muestras adicionales. Por lo tanto, en esta etapa, es probable que el cuidador asuma un papel más importante, ya que es el responsable de cuidarlos. Durante la fase preanalítica, se llenaron tubos con muestras de sangre para atención de enfermería. Los errores de detección más comunes relacionados con el muestreo según diferentes autores son: mala calidad por hemólisis, coágulo o turbidez, cantidad insuficiente, tubo equivocado, recolección incorrecta. Se han descrito factores previos al análisis que pueden influir decisivamente en la calidad del resultado final. Considere la preparación del paciente y algunas notas antes de la extracción del diente: una. Preparación del paciente: a) Ayunos y ayunos. Se aconseja a los pacientes que ayunen durante 8-12 horas antes de cada extracción de sangre, a menos que esté contraindicado. b) Ejercicios. Es recomendable descansar antes de la extracción porque la actividad física reciente puede alterar significativamente los resultados de algunos valores biológicos. c) drogas. Indicar qué tratamiento se debe dar al paciente si esto afecta los resultados de la prueba. d) Otros trastornos. Usar etanol, fumar, tomar drogas. 2. Notas antes de la extracción: a) Postura. La extracción de sangre debe realizarse en posición acostada o sentada con el brazo extendido, sin doblar la articulación del codo. b) Transfusión, infusión. El brazo contralateral debe retirarse del suero o del lugar de la transfusión. c) Intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Desechar antes de cualquier intervención para evitar cualquier interferencia con las determinaciones analíticas de laboratorio. Los tipos de tubos de sangre disponibles a menudo difieren en el tipo de anticoagulante que contienen, lo que sugiere su uso en algún otro análisis o determinación. Debe hacerse una distinción entre tubos que contienen anticoagulante (y, por lo tanto, para pruebas que requieren ”plasma”) y tubos sin anticoagulante (para pruebas que requieren ”suero”). Los tubos de suero suelen tener una capa de gelatina o gel separador en la parte inferior, que se coloca entre las células y el líquido después de la extracción.

1) Tubos sin aditivos. Se utiliza para recolectar suero (bioquímica, serología, metabolismo del hierro, etc.); No contienen anticoagulantes, aunque sí un activador (opcional) para facilitar la retirada del coágulo y un gel separador para facilitar la separación del suero del coágulo tras la centrifugación. Con su ayuda, se obtiene un suero que permite que la sangre recién exprimida descanse por el menor tiempo posible.

10 min a temperatura ambiente para coagular y centrifugar. Hay varios tamaños disponibles: microtúbulos pequeños de 5 ml, grandes de 10 ml y 0,8 ml. 2) Tubo de citrato (para coagulación). Contienen citrato trisódico como anticoagulante. El citrato se administra en una cantidad fija para mezclar con una cantidad fija de sangre; La proporción correcta de sangre y anticoagulante es importante cuando se realizan pruebas de coagulación porque si es incompleta, los resultados variarán. Con su ayuda, el plasma se obtiene después de la centrifugación de sangre anticoagulante. Hay varios tamaños disponibles: 5 ml y 1,8 ml. 3) tubo EDTA. Contiene EDTA K3 (sal base) como anticoagulante
ácido edético). Este es un tubo que se utiliza para medir la hematología.
(hemograma), banco de sangre y otras pruebas. Se utiliza para obtener anticoagulante total. Hay varios tamaños disponibles: microtúbulos pequeños de 3 ml, grandes de 10 ml y 1 ml. 4) Tubo de citrato (para VSG). También contiene citrato trisódico como anticoagulante, aunque la concentración es diferente a la del citrato coagulante. Solo sirve para determinar la velocidad de sedimentación.
Globular. Se utiliza para obtener anticoagulante total. 5) Tubo de heparina de litio. Contiene heparina de litio como anticoagulante. Se utiliza para realizar determinaciones bioquímicas y algunos métodos especiales. Se utiliza para obtener anticoagulante total. Varios estudios y artículos revisados por pares han observado que la secuencia dominante por la cual todos los profesionales de la salud deben extraer sangre es la siguiente:
1. Tubo de sangre Serán los primeros porque la extracción debe ser siempre estéril.
2. Tubos sin aditivos. Vial de bioquímica (tapa roja), ya que creemos que la gelosa no es un aditivo que afecte el rendimiento de la muestra. Retirarlo cambiará la bioquímica del suplemento líquido: el EDTA de potasio cambiará el potasio y el citrato de sodio cambiará lógicamente el sodio.
3. Tuberías con aditivos. El primero es el relleno líquido, de coagulación y ESR (corcho azul y negro), luego el sólido, EDTA (corcho morado, morado o lila).

5 Discusión-Conclusión

Hemos observado cómo se hace fundamental la labor de enfermería en el ámbito de nuestra revisión, siendo la persona que realiza la venopunción y el llenado de los tubos analíticos.
Se ha podido ver, en los diferentes estudios revisados, como existe una cierta discrepancia en el orden de llenado de los tubos de analítica, no siguiendo la secuencia correcta todos los profesionales de enfermería, por lo que sería correcto la es-

tandarización del procedimiento a través de un correcto protocolo minimizando así los potenciales fallos y permitiendo a todos los profesionales homogeneizar los conocimientos, elevando la calidad asistencial y reduciendo los costes sanitarios derivados que se producen. Resulta imprescindible la existencia de un protocolo accesible que permita adoptar pautas comunes de actuación.

6 Bibliografía

1. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Manual de Obtención y Manejo de Muestras para el Laboratorio Clínico 2009. Plan de Laboratorios Clínicos y Bancos Biológicos, 2009.
2. Mosteiro Díaz MP, Francisco Veda A, Paredes Fernández MA, Álvarez García R, García Martínez MJ, Carro Fernández N. Orden de llenado de tubos en la obtención de muestras sanguíneas. Procedimientos de Enfermería. Rev. Enfermería Científica. 2000; 224-225:49-51.
3. Justicia del Río A. Errores en la toma de muestras sanguíneas para análisis. Rev.
Metas Enferm. 2003 sep; VI (58):27-31.
4. Complejo Hospitalario de Jaén. Laboratorio de Análisis Clínicos. Cartera de Servicio-Manual de Toma de Muestras. UGC de laboratorios, 2009.
5. Perry AG, Potter PA. Punción venosa, Procedimiento 13-1. Guía clínica de enfermería de Técnicas y Procedimientos básicos. 3.ª ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1995. p. 522-7.

Capítulo 94

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO

RAFAEL HABAS MORENO

LUCÍA GARCÍA GARCÍA

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

La Ictericia del recién nacido es un síndrome clínico muy frecuente en el neonato causado por la acumulación de bilirrubina en la piel, membranas mucosas y esclera, haciendo que los afectados presenten coloración amarillenta en esas partes del cuerpo. Se observa cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dL.
Afecta aproximadamente al 60% de los recién nacidos a término y al 80-90% de recién nacidos pretérmino durante la primera semana de vida. Su etiología es variada y puede ser fisiológica o patológica según aparezca entre el 2º a 7º día de vida o en las primeras 24 horas de vida.
La ictericia del recién nacido constituye hoy en día una de las entidades clínicas más frecuentes en la edad neonatal y una de las diez primeras causa de morbilidad neonatal en las unidades de cuidados intermedios siendo la fototerapia

el tratamiento hospitalario de primera elección para prevenir y tratar la hiperbilirrubinemia y los riesgos asociados a la misma, tales como la Encefalopatía bilirrubínica aguda o kernicterus.
La fototerapia es una técnica que consiste en la exposición del neonato a una fuente de luz fluorescente basándose en la idea de qué luz absorbida degrada la bilirrubina impregnada en la piel, transformándola en derivados hidrosolubles que serán eliminados del organismo sin necesidad previa de conjugación hepática.

2 Objetivos

Describir los principales cuidados e intervenciones de enfermería que precisa los recién nacidos con ictericia neonatal en tratamiento con fototerapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulos se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas revistas científicas y libros especializados, así como en diferentes bases de datos como Medline, Pubesced y Scielo, seleccionando artículos y estudios científicos procedentes de dichas fuentes.

4 Resultados

La fototerapia es la medida terapéutica de primera elección para prevenir y tratar la hiperbilirrubinemia y los riesgos asociados a las mismas, tales como la encefalopatía bilirrubínica aguda o kernicterurs. Consiste en la aplicación de un foco emisor de luz ultravioleta sobre la piel desnuda del bebe con el fin de reducir los niveles de bilirrubina sérica al convertir por foto degradación, la bilirrubina indirecta, que es toxica, en un pigmento hidrosoluble no tóxico que se excreta a través de la bilis, deposiciones y orina.
La indicación de fototerapia depende de los niveles de hiperbilirrubinemia, edad gestacional, peso, horas de vida y estado clínico del niño, vinculándose su eficacia a factores tales como el tipo de luz, la irradiación o intensidad de la fuente de luz, área corporal expuesta a la terapia lumínica, duración del tratamiento y umbral en el que se inicia la misma.
La fototerapia es un método seguro, estándar y rentable para el tratamiento inmediato de la ictericia neonatal que colabora en la conservación del desarrollo

neurológico de los niños con ictericia reduciendo considerablemente el número de exanguinotransfusiones realizadas a estos niños quedando reservada esta para aquellos recién nacidos con niveles de bilirrubina sérica que no responden al tratamiento con fototerapia.

Uno de los pilares fundamentales a la hora de asegurar la eficacia de la fototerapia y minimizar sus complicaciones son los cuidados de enfermería (basados en protocolos y guías de práctica clínica hospitalaria) dispensados a los recién nacidos expuestos a esta terapia destacar los siguientes:

• Medidas destinadas a garantizar una irradiación efectiva: Verificar número de horas de exposición a la fototerapia; Dirigir el centro de la luz al tronco del recién nacido; Colocar el foco emisor de luz lo más cerca posible del niño (30-35cmm) no colocando ningún objeto entre el niño y la fuente emisora de luz; Realizar cambios posturales cada 2/3 horas.

• Protección y cuidado de los ojos: Cubrir los ojos con gafas protectoras, de un tamaño acorde al niño, evitando la compresión nasal, comprobando periódicamente su correcta colocación para evitar lesiones oculares como conjuntivitis y reducir otros riesgos como apnea y asfixia si tapan las fosas nasales.; Lavar con suero fisiológico los ojos por turno y retirar cada 3 horas las gafas (Coincidiendo con las tomas) para facilitar parpadeo y favorecer la interacción afectiva.

• Control de la temperatura corporal: Controlar la temperatura del recién nacido cada 2/ 3 horas reduciendo la temperatura de la incubadora si fuera necesario; comprobar nivel de humedad de la incubadora que deberá ser alto para limitar las pérdidas insensibles.

• Evaluar exposición de la piel: El niño permanecerá desnudo con el pañal, puesto que solo se retirará en caso de fototerapia intensiva.

• Favorecer la integridad cutánea: Mantener la piel limpia y seca controlando la aparición de lesiones o enrojecimientos. No aplicar cremas o lociones a la piel, ya que pueden provocar bronceado o quemaduras. Vigilar la coloración de la piel y las reacciones cutáneas (la luz azul enmascara la observación de la cianosis y la palidez), presionando la piel.

• Asegurar una ingesta e hidratación adecuada: Promover la lactancia materna e incrementar la frecuencia de las tomas al día, en caso de lactancia artificial verificar que el niño toma la cantidad prescrita. Controlar los vómitos y regurgitaciones, si los hubiera; Control y registro de la diuresis mediante peso de pañal, así como el número de deposiciones y sus características.

• Monitorización de constantes vitales, balance hídrico, peso y neurológica por turno.

• Potenciar el vínculo paterno filial: Explicar a los padres en que consiste el

tratamiento; Implicarlos en los cuidados habituales favoreciendo así el contacto físico; Proporcionar recomendaciones e instrucciones al alta, entre los que cabe.
• Apagar la fototerapia cuando se vaya a realizar los controles analíticos regulares, ya que la luz de la fototerapia puede alterar los resultados.
Por último, una vez comenzado el tratamiento con fototerapia debe evaluarse la concentración de bilirrubina sérica total a las 2- 6 horas; en el momento en que los niveles se encuentren en descenso, pueden realizarse mediciones cada 6- 12 horas. Debe suspenderse la fototerapia una vez que la cifra de bilirrubina esté por debajo del valor umbral para tratamiento en dos medidas espaciadas con, al menos, 12 horas. Tras la finalización del tratamiento, se realizará una última medición de bilirrubina sérica total a las 12- 24 horas para descartar un posible rebote de bilirrubina.

5 Discusión-Conclusión

La Ictericia neonatal constituye una de las principales causas de morbilidad en los recién nacidos y aunque sus índices de mortalidad son bajos, el retraso en su diagnóstico y tratamiento puede llevar a severas complicaciones como el kernicterus.
En la actualidad, el tratamiento de primera elección en la hiperbilurribenia es la fototerapia constituyendo los cuidados de enfermería el pilar fundamental para asegurar su eficacia y minimizar las complicaciones de la misma siendo preciso que las enfermeras conozcan sus beneficios, mecanismos de acción y posibles efectos adversos al objeto de poder proporcionar unos cuidados de calidad basados en protocolos y guías de práctica clínica.

6 Bibliografía

Omeñaca Teres F, González Gallardo M. Ictericia neonatal. Pediatr Integral. 2014; 18(6): 367-74.
Rodríguez Miguélez JM, Figueras Aloy J. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría: Ictericia Neonatal. Asociación Española de Pediatría. 2008.
Ossorio Martínez RM, Martin González N, Sánchez González C, Martínez Jarabo C, Ribera Rebolloso R. protocolo de fototerapia en el neonato. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. 2011.
Castaño Picó M.J., Sánchez Maciá M. Protocolo de enfermería para fototerapia neonatal. Recién. Revista Científica de Enfermería. Diciembre 2017

Capítulo 95

IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO

VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO

RAFAEL HABAS MORENO

LUCÍA GARCÍA GARCÍA

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

1 Introducción

Dentro de los numerosos procesos por los que atraviesa nuestra sangre se encuentra el de la coagulación de la misma. Este mecanismo puede verse alterado por distintas enfermedades que impiden la correcta coagulación de la sangre, pudiendo esta verse estancada normalmente en el corazón, venas de muslos o piernas dando lugar a los llamados trombos.

Las enfermedades que puede provocar este problema son la fibrilación auricular, valvulopatía y reemplazo valvular, procesos tromboembólicos, infarto agudo de miocardio, enfermedad arterial periférica, pacientes con endoprótesis coronaria o atopia., precisan de tratamiento con anticoagulantes.

Según un número importante de los estudios consultados apuntan a que el tratamiento con anticoagulantes orales ha aumentado su incidencia en cuanto a su uso en los últimos años debido a la gran utilidad que aporta tanto como tratamiento como la prevención de estas enfermedades

Si bien estos tratamientos tiene efectos tan beneficiosos tanto preventivos como tratantes, no solo basta con su ingesta puntual, sino que los pacientes sometidos a estos tratamientos deben poseer instrucciones claras para conseguir una correcta adherencia al tratamiento. Su toma debe ser puntual a diario y más o menos estricta. En los pacientes que son considerados dependientes, esta información debe poseerla sus familiares o cuidadores a cargo.
Una correcta formación en los pacientes o en cada caso familiares / cuidadores sobre este tipo de tratamiento se traducirá en reducir sus efectos secundarios y un máximo rendimiento del mismo de manera beneficiosa. Los pacientes tendrán su propia responsabilidad con el objetivo de mantener y mejorar su bienestar

2 Objetivos

Analizar cómo influye la enfermería en el paciente anticoagulado.
Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el personal de enfermería con los pacientes anticoagulados.

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 médico responsable tras diagnosticar al paciente, inicia el tratamiento que debe ser ajustado por un médico hematólogo. Tras ello el paciente es derivado a su seguimiento en el centro de salud. La enfermera se encarga de monitorizar la evolución del paciente haciéndole un seguimiento de manera periódica.
La primera vez que el paciente acude al centro de salud para comenzar su seguimiento, se debe explorar su historial clínico para conocer su diagnóstico, qué tipo de anticoagulante y su posología. Comenzando en esta primera visita con la educación sanitaria.
Cada vez que el paciente acude a la consulta se debe calcular su INR (índice internacional normalizado) con un aparato llamado coagulómetro, que consiste

en poner el aparato una gota de sangre.
Si el resultado no está dentro del intervalo normal, el paciente deberá realizar una evaluación de cuidados para averiguar la causa. Si da alto o da bajo el INR puede indicar riesgo o no de formación de coágulo.
Cuando se obtiene el valor de INR, se debe ingresar en un programa de ordenador, que calcula dos variables: la dosis y el tiempo de la siguiente revisión. Las actividades que llevará a cabo el personal de enfermería son:
-Identificar y registrar a los pacientes que ya reciben anticoagulantes y que probablemente estén sujetos a visitas posteriores a la atención primaria.
-Evaluar completamente a estos pacientes. -Elaborar un plan de cuidados individualizado. Con estos planes se puede atender al usuario de forma personalizada, donde los recursos se utilizan de forma eficiente y eficaz, y se garantiza un mantenimiento continuo en todo momento.
-Realizar diagnósticos de enfermería con sus metas e intervenciones a realizar.
-Evaluar la función cognitiva / perceptiva del paciente. Es necesario juzgar si existen problemas de visión o de memoria por lo que el tratamiento es difícil de seguir. Además, se debe preguntar a la tarjeta de dosis si se interpreta correctamente. Esto es importante cuando se le pide al paciente que tome la dosis y los exámenes posteriores.
-Realizar la determinación de INR siguiendo el procedimiento correcto. También es importante mantener el control de la presión arterial y la glucosa si es necesario, porque la mayoría de estos pacientes son cardíacos y ancianos.
-Compruebe la dosis actual y cámbiela según el INR según el protocolo hematológico.
-Monitorear el cumplimiento del tratamiento, verificar la dosis o identificar errores al tomarlo.

5 Discusión-Conclusión

La base primordial para que el paciente adquiera un correcto manejo de su tratamiento anticoagulante, es la función de enfermería en lo que incluye la educación sanitaria que aporta al paciente, formándolo e informándolo. El profesional de enfermería en atención primaria es el encargado en el monitoreo de la evolución del paciente durante el proceso de adaptación para una correcta adherencia al tratamiento.
Enfermería mediante una serie de herramientas estratégicas con unos detallados programas de educación intenta garantizar el éxito en el tratamiento previniendo olvidos o deslices perjudiciales. Una buena adherencia al tratamiento se traduce

en grandes ventajas, pero si no se logra esta adherencia puede ocasiones inconvenientes importantes

6 Bibliografía

1-W. Rosamond, K. Flegal, K. Furie, A. Go, K. Greenlund, N. Haase, et al.American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics–2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Circulation, 117 (4) (2008), pp. e25-e14

Capítulo 96

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE RIESGO

MARTA RUIZ PARADA

PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR

CARLOS PANADERO MORENO

ALEJANDRO RUIZ PARADA

OMAR NAVÍO CAÑADA

1 Introducción

El embarazo o gestación, se inicia en el momento de la concepción o fecundación durante el cual se forma un nuevo ser en el interior del útero de la mujer hasta el momento del parto. En este periodo se producen en la mujer cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos encaminados a nutrir, proteger y permitir el desarrollo del feto. Una vez diagnosticada la gestación, es importante llevar una correcta anamnesis y exploración para así detectar anomalías que requieran un tratamiento adecuado.
En este capítulo, nos vamos a centrar en la atención de enfermería y sus cuidados ante las diversas complicaciones y/o enfermedades que puedan surgir durante el periodo gestante, y que hacen que sea de alto riesgo. Una mujer embarazada o en periodo de gestación, tiene las mismas posibilidades de contraer enfermedades agudas como la no gestante.

Sin embargo, la repercusión fetal o embrionaria con o sin tratamiento, puede ser importante. Por el contrario, las enfermedades crónicas tienen una influencia más desfavorable en mujeres embarazadas y podrían dejar secuelas. Además, existen otras enfermedades que son específicas de la gestación que suelen desaparecer en la mayoría de los casos, pero que tras el parto podrían llegar a tener consecuencias en el embarazo y en el feto.

2 Objetivos

- Describir los trastornos que puedan acontecer durante el embarazo y que dan lugar a situaciones en que las pacientes embarazadas son consideradas de riesgo.
- Identificar, analizar y explicar los cuidados de enfermería en cada caso concreto de cada uno de los trastornos que puedan suceder durante el embarazo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica tras la búsqueda e investigación sistemática en artículos y libros publicados en principales bases científicas como scielo, pubmed, google académico, así como una búsqueda de información en web y revistas de base científica, seleccionando en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Durante la gestación la gestante va a experimentar una serie de cambios siendo algunos normales propios del embarazo y otras complicaciones que pueden llegar adelantar la fecha prevista de parto.
Enfermedades propias del embarazo:
- Hiperémesis gravídica, náuseas y vómitos. Más comunes en el primer trimestre, se suele recomendar realizar pequeñas comidas y frecuentes, alimentación rica en hidratos y pobre en grasas, se tolera mejor los fríos y espesos. Tras comer, permanecer sobre 30 minutos sentada, antes de acostarse.
- Síndrome antifosfolipídico. Es una alteración autoinmune que se caracteriza por la producción de anticuerpos antifosfolípidos, presentando un mayor riesgo de aborto, retraso en el crecimiento del feto, preeclampsia, partos pretérminos, etc. Su tratamiento se basa en administrar corticoides, antiagregantes y anticoagulante, pruebas de coagulación, etc.

- Estados hipertensivos durante el curso del embarazo: Es de los más importantes, para detectarlo a tiempo es importante que la enfermera haga una correcta selección de aquellas pacientes más susceptibles. Llevar una dieta rica en calcio y aceites de pescado, nunca llevar una dieta hiposódica, ya que el sodio es un elemento importante para el desarrollo del feto. Si precisa tomar fármacos hipotensores. Se recomienda estar en decúbito lateral izquierdo.

Enfermedades maternas coexistentes o que dificultan el embarazo:

- Diabetes. La clasificamos en diabetes pregestacional, aquella que se diagnostica antes del embarazo y la diabetes gestacional. Por eso a todas las embarazadas es obligatorio realizarse un despistaje a través del Test de O' Sullivan, curva de tolerancia oral a la glucosa, así como controlar los niveles de glucemia venosa.

Su seguimiento se hace en unidades de diabetes y embarazo, y es importante proporcionar información, enseñarlas y hacer partícipes a la gestante con un seguimiento cada 1-3 semanas. La base del cuidado de la diabetes se basa la dieta, ejercicio físico e insulinoterapia.

- Infección urinaria. Un 5-10% de las gestantes pueden sufrirlas de manera sintomática o asintomática, pudiendo llegar incluso a complicarse y desarrollar una pielonefritis aguda. Por ello la importancia de realizar un cribado basado en un urocultivo a todas las embarazadas. En caso de ser negativo y no existir riesgo no repite salvo si apareciera clínica, si el resultado es positivo es necesario tratarla y repetirlo mensualmente.

Como actividades de enfermería para minimizar el contagio y transmisión es importante mantener el servicio limpio después de cada uso, enseñar el lavado de manos, utilizar material estéril si procede, instruir al paciente para correcta recogida de muestras.

Enfermedades infecciosas como son:

- Toxoplasmosis: su mejor tratamiento es la prevención basándose en educar a la madre evitando comer carnes crudas, lavar bien frutas y verduras, evitar el contacto con gatos.
- Rubeola: se detecta a través de una serología en la primera visita. Citomegalovirus; es la infección congénita más común. No existe tratamiento hoy por hoy durante el embarazo, tras el parto se podrían administrar inmunosupresores.
- Herpes genital; es considerado de alto riesgo, en caso de tratarse de lesiones graves se trata con aciclovir. En el momento del parto si el cultivo es negativo podrá realizarse un parto vaginal teniéndolo en observación durante unos días, si, por el contrario, es positivo, se indicaría una cesárea, para evitar que el neonato se infecte.

Enfermedades del sistema respiratorio: como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía.
Es complicado conocer el porcentaje de mujeres que fuman durante el embarazo para ello hay que ayudarles a elegir el mejor método para conseguir el objetivo que queremos, dejar de fumar.
Afecciones de la piel: suele aparecer en el primer trimestre y se localiza en nalgas, abdomen y espalda. El tratamiento va dirigido a aliviar el prurito.
Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia): donde madres tratadas con fármacos el recién nacido puede presentar síndrome de abstinencia, temblores, dificultad para dormir, irritabilidad.
El cuidado de enfermería no solo atiende al proceso físico, sino que sirve de apoyo psicológico a la madre para evitar posibles complicaciones durante el parto, el cuidado de enfermería proporciona una buena higiene tanto para la madre como para él bebe evitando así posibles infecciones. Es el conjunto que se realiza a la mujer con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista física, mental y emocional.

5 Discusión-Conclusión

Durante el embarazo, existen una serie de enfermedades que pueden surgir durante la gestación, y que tras el parto, suelen desaparecer o pueden tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el recién nacido. En caso de que surgiese alguna complicación, la gestante estará informada en todo momento.
Por ello, el papel de enfermería es meramente importante, y estos se encargarán de llevar un correcto seguimiento durante todo el proceso, planificación de los cuidados e intervenciones, control prenatal, fomentación de una buena salud materna ofreciendo una atención de calidad, etc. Para que dentro de las diversas complicaciones que puedan surgir, se consiga un menor efecto negativo.

6 Bibliografía

1. Burroughs Arlene; Leifer Gloria. Enfermería materno-infantil. 8° Edición. México, Ed. McGraw Hill. Interamericana. 2008.
2. E. Fabre González. Manual de asistencia a la patología obstétrica. SEGO. Valencia.
3. http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia5.pdf.
4. (PDF) CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO | - Jesús

Guerrero - Academia.edu.

Capítulo 97

CUIDADOS BÁSICOS Y ESPECIFICOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON QUEMADURA FACIAL DE SEGUNDO GRADO.

MARTA RUIZ PARADA

PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR

CARLOS PANADERO MORENO

ALEJANDRO RUIZ PARADA

OMAR NAVÍO CAÑADA

1 Introducción

El paciente quemado es aquel que tras ser expuesto a un riesgo externo puede estar comprometido a nivel epidermis, dermis o incluso a tejidos más profundos. Enfermería debe estar entre el personal sanitario responsable de los cuidados a estos pacientes.
Podemos definir una quemadura como la lesión o herida de los tejidos orgánicos producida por la acción del fuego y del calor, por contacto con determinados productos químicos cáusticos o corrosivos, por la electricidad, por radiación y por fricción.

El personal de enfermería puede identificar según la observación o datos que puedan recoger la quemadura como de primer, segundo o tercer grado. Depende de la afectación de la piel.
Las quemaduras de primer grado afectación a la capa externa de la piel con enrojecimiento, dolor, calor, etc.
En cuanto a quemaduras de segundo grado la afectación aquí ya está profundizando la quemadura, por lo que afecta la capa externa y la capa subyacente de la piel. Causan dolor, enrojecimiento, hinchazón y ampollas. También se llaman quemaduras de espesor parcial.
Y por último, quemaduras de tercer grado afectan las capas profundas de la piel. También se llaman quemaduras de espesor total. Causan piel blanquecina, oscura o quemada. La piel puede estar adormecida. Perdida de sensibilidad. Aquí hay compromiso ya vital a nivel de músculos, etc.

2 Objetivos

Determinar cuidados básicos que debe realizar el personal de enfermería a pacientes que presentan una quemadura de segundo grado a nivel facial.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el beneficio y tratamiento de quemaduras por parte del personal sanitario Conocimiento de signos y síntomas de los profesionales sanitarios sobre el tema a tratar. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.
Las palabras utilizadas en DECS fueron “reciclaje”, “formación”, “personal sanitario”.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar que tipo de cuidados específicos o a nivel básico puede realizar enfermería en un paciente el cual ha sufrido una quemadura a nivel de la zona corporal facial:
- En cuanto a los cuidados básicos, enfermería debe realizar toma de constantes vitales a nivel de tensión arterial, saturación sobre todo este signo, ya que puede haber inhalado humo y estar provocando una quemadura interna a nivel

pulmonar, etc. Temperatura, etc. En el caso de desaturación, el paciente será derivado a un servicio especial conocido como críticos o unidad de cuidados intensivos, en el cual allí el paciente será intubado y un respirador realizara sus funciones a nivel respiratorio y evitará que siga propagando la quemadura pulmonar.

- En el momento que enfermería compruebe que se considera quemadura facial de segundo grado, tras ser revisada por el facultativo, se realizara un arrastre de piel muerta y desbridamiento de flictenas en caso de que las tenga.
- El facultativo determinará con que será adecuado la cura facial como sulfadiazina argéntica, furacin, etc.
- El profesional de enfermería deberá explicar al paciente que debe recoger la orina para poder llevar a cabo un control estricto de líquidos y diuresis para comprobar si está afectado el riñón. Se aconsejará al paciente abundante ingesta de líquidos. Y se pautará una dieta hiperproteica. Salvo que el paciente sea diabético.
- El paciente podrá levantarse y pasear por la habitación siempre que no esté afectado el órgano ocular. en este caso generalmente tendrá con apósitos oclusivos tapando ambos ojos.
- La quemadura facial suele realizar una regeneración buena a nivel tegumentario, con lo cual es una zona agradecida en cuanto a la pronta recuperación y menor ingreso del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería como profesional sanitario ante un paciente con una quemadura en general es importante, con lo cual a nivel facial en el que debe tener cuidados más específicos debido a lo comentado en nuestros resultados.
La enfermera debe tener experiencia en curas a este tipo de pacientes, con lo cual no cualquier enfermera debería realizar estas curas.
El profesional sanitario por ello debería realizar reciclado de todo tipo de curas a distintos niveles del cuerpo y zonas. También con signos de infección y sin ellos.
Como se ha comentado, un gran quemado va a ser derivado a UCI para ser monitorizado continuamente.

6 Bibliografía

1. Pérez M. T., Lara J., Ibáñez J., Cagigal L., León C. M. Guía de Actuación ante él paciente quemado. Málaga: Servicio andaluz de Salud. Hospital Regional Universitario Carlos Haya;2006.

2. Osborn K. Nursing burn injuries. Nursing Manegement. 2003; 34(5): 49-56.
3. Formación Médica Continuada. Protocolo de tratamiento de lanas quemaduras en Atención Primaria. FMC. 2010; 17 (4).
4. Quizhpe Sandoval, M. J. (2016). Conocimientos del personal de Enfermería sobre el manejo inicial de pacientes con Quemaduras de segundo y tercer grado en el Servicio de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, periodo Abril A Julio 2016 (Master's thesis, Quito: UCE)

Capítulo 98

ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE DOLOR ABDOMINAL POR ENFERMERÍA

MARTA RUIZ PARADA

PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR

CARLOS PANADERO MORENO

ALEJANDRO RUIZ PARADA

OMAR NAVÍO CAÑADA

1 Introducción

El dolor abdominal es un síntoma frecuente que puede aparecer en la mayoría de los procesos intraabdominales, pero también puede ser una manifestación de cuadros localizados fuera de la cavidad abdominal. Ante un dolor abdominal hay que valorar sus características (localización, irradiación, intensidad, ritmo, modo de aliviarse y situaciones que lo empeoran) así como estar, muy pendientes de lo que nos refiera el paciente

El dolor abdominal puede ser de tres tipos:

- Dolor visceral: Es un dolor sordo, de inicio gradual, intensidad creciente (dolor protopático) y localización vaga en la línea media (epigastrio, periumbilical e hipogastrio). Está relacionado con la distensión o contracción violenta de la

musculatura de una víscera hueca. El dolor es de tipo cólico cuando se trata de vísceras huecas, en este caso puede estar acompañado de síntomas vegetativos (hipotensión, sudoración), son ejemplos de este tipo de dolor los producidos por isquemia intestinal, íleo obstructivo, cólico biliar, etc.

- Dolor parietal o somático: Es un dolor agudo, vivo y bien localizado. Se agrava con los movimientos y aumento de la presión intraabdominal, y está acompañado por rigidez o contractura muscular. Se origina en el peritoneo parietal o en estructuras de la pared abdominal. Son ejemplo: Apendicitis aguda, hematoma del recto anterior del abdomen, peritonitis, etc.
- Dolor referido o extra abdominal: Es un dolor de características similares al somático, pero localizado a distancia del origen del dolor. Se explica porque el estímulo originado en una zona del peritoneo parietal se transmite compartiendo vía medular con otras fibras nerviosas, pudiendo referirse el dolor al dermatoma correspondiente.

2 Objetivos

Describir, en cuanto a los dolores en el abdomen, cuál será la conducta diagnóstica a seguir para establecer un diagnóstico, la anamnesis, características del dolor, síntomas acompañantes, exploración física, exploración abdominal, tacto rectal, además veremos las exploraciones complementarias, que se podrían realizar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los estímulos productores del dolor pueden ser, mecánicos (tracción, distensión de la musculatura lisa de las vísceras, peritoneo parietal, y plexos nerviosos);

químicos (sustancias activas derivadas de procesos inflamatorios); isquémicos (a través de metabolitos tisulares).
Vamos a centrarnos en el dolor abdominal agudo, de reciente instauración que plantea la posibilidad de un abdomen agudo quirúrgico, que requiere un diagnóstico rápido y un tratamiento médico o quirúrgico urgente. Su etiología es múltiple, y suele asentar en cualquiera de los órganos y tejidos abdominales. Para la valoración del mismo es necesario la elaboración de una correcta historia clínica y una exploración física meticulosa.
Entre los procesos que pueden originar dolor en hemiabdomen superior, los más frecuentes son la enfermedad ulcerosa complicada o no con perforación; litiasis biliar y pancreatitis aguda; obstrucciones abdominales altas; la cardiopatía isquémica. Se puede presentar como un dolor abdominal, la pleuritis o neumonía (por ello en todo paciente con dolor súbito en epigastrio se debe realizar un EKG, radiografía de tórax y auscultación cardiopulmonar). Isquemia intestinal (en personas de edad avanzada con antecedentes de cardiopatía), aneurisma disecante de aorta. En los dolores en hipocondrio derecho, el origen más frecuente es la existencia de patología biliar. En los dolores de hemiabdomen inferior hay que descartar los de origen ginecológico (rotura folicular, quiste de ovario, anexitis, embarazo ectópico) y urológicos (litiasis, infecciones). En la fosa ilíaca derecha (apendicitis, adenitis mesentérica o ileítis regional) y en fosa ilíaca izquierda o hipogastrio, son comunes las diverticulitis, colitis isquémica o neoplasias. Además, existen enfermedades de origen sistémico o extra abdominal que pueden producir dolor abdominal: enfermedades óseas (hernia discal, espondilitis, enfermedad de Pott); neurológicas (meningoencefalitis, tabes, forma abdominal de migraña); endocrino-metabólicas (uremia, cetoacidosis diabética, hiperlipemias, porfiria, hemocromatosis).
Conducta diagnóstica.
Anamnesis.
- Debemos tener en cuenta la edad, sexo (recoger la historia menstrual), antecedentes personales (hábitos tóxicos, antecedentes de intervenciones quirúrgicas, úlcera gastroduodenal, litiasis, cardiopatía isquémica, neoplasias), y antecedentes familiares (porfirias, neoplasias, intoxicación alimentaria).
- Características del dolor: modo de inicio (agudo en pancreatitis aguda o rotura de embarazo ectópico), duración (en el dolor abdominal quirúrgico debe existir correlación entre la evolución prolongada y la existencia de datos analíticos y exploratorios significativos), intensidad (el más intenso es el producido por irritación del peritoneo parietal como la perforación de una víscera hueca); la isquemia intestinal comienza con un dolor ligero y mal localizado. Irradiación

(hacia el hombro en la úlcera perforada, en la escápula en la litiasis, en cinturón en la pancreatitis, hacia región inguinal y genitales en el cólico nefrítico). Factores que agravan o alivian el dolor: el movimiento, tos y la respiración profunda empeoran el dolor peritonítico, los antiácidos mejoran el dolor de la úlcera, la emisión de gas y heces mejoran los trastornos del colon, el dolor de la pancreatitis se alivia al inclinarse hacia delante y se agrava con el decúbito supino.

- Síntomas acompañantes: Anorexia (en apendicitis), vómitos que suelen ser posteriores al dolor en la apendicitis y son consecuencia de irritación peritoneal o de obstrucción intestinal; vómitos de retención en la estenosis pilórica y en la obstrucción intestinal hay una progresión de vómitos alimentarios a biliares y de estos a fecaloideos; deposiciones (en la obstrucción intestinal hay ausencia de emisión de gases y heces, mientras que en la gastroenteritis aguda hay diarrea), hábito intestinal, rectorragia (infarto o isquemia intestinal, o bien neoplasia complicada o megacolon tóxico).

CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO.

- Apendicitis.
- Colecistitis.
- Pancreatitis.
- Perforación por ulcus.
- Perforación de divertículo.
- Diverticulitis.
- Obstrucción intestinal.
- Infartos mesentéricos.
- Rotura de quiste hidatídico.
- Rotura de bazo.
- Cólico renoureteral.
- Aneurisma aórtico.
- Salpingitis.
- Embarazo ectópico.
- Quiste ovárico torsionado.
- Perforación uterina.
- Enfermedad coronaria.
- Cetoacidosis diabética.
- Uremia.
- Tabes dorsal.
- Neumonías.
- Pleuritis diafragmática.
- Neumotórax.

- Embolismo pulmonar.
- Existencia de sintomatología urinaria (disuria, polaquiuria, puede acompañar a procesos ginecológicos, apendicitis, sigmoiditis, etc.); existencia de sintomatología ginecológica (en el embarazo extrauterino es característico la amenorrea y metrorragia, enfermedad inflamatoria previa en caso de fiebre, DIU y leucorrea); datos de enfermedad torácica.

Exploración física.

- Se realizará una observación del estado general del paciente (palidez, sudoración, perfusión periférica), que junto con los signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial) nos indicarán el estado general del paciente. Valoraremos la actitud del paciente: si está inmóvil es típico de irritación peritoneal brusca y/o isquemia intestinal, paciente agitado, orienta a distensión de fibra muscular lisa (cólico nefrítico o biliar), postura antiálgica en la pancreatitis (en decúbito prono o en posición fetal) o con cadera y rodilla flexionada en la apendicitis retro cecal.
- Valoración cardiocirculatoria y respiratoria: Descartar signos de shock, ante su existencia con dolor abdominal pensar en sepsis, pancreatitis aguda, o patología vascular. Auscultación respiratoria para descartar neumonía, neumotórax o pleuritis.
- Exploración abdominal: Inspección (presencia de cicatrices, lesiones cutáneas, signo de Cullen, equimosis periumbilical, en la pancreatitis hemorrágica, petequias, lesiones de herpes zoster); palpación, comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa, ver si existe defensa muscular voluntaria o involuntaria (abdomen en tabla si es generalizada), ver si existen masas palpables, exploraremos la positividad o negatividad de algunos de los signos que aparecen en la tabla 7. Se realizará percusión abdominal que nos permite detectar variaciones de la normalidad, es mate en el área hepática y en el resto del abdomen es típica la presencia de aire en discreta cantidad. En la obstrucción intestinal es claramente timpánica, la presencia de tumoración o abscesos permite detectar zonas de matidez anómala, en caso de ascitis se puede provocar la oleada ascítica. En la auscultación abdominal (realizarla al menos durante un minuto), comprobamos la existencia de ruidos abdominales (ausentes en el íleo), aumentados en las gastroenteritis agudas y primeras fases de la obstrucción abdominal, la presencia de ruidos hidroaéreos es indicativa de obstrucción mecánica. Presencia de soplos arteriales (estenosis o aneurismas de las arterias abdominales de mayor calibre); bazuqueo (ruido que se produce en la obstrucción intestinal al comprimir rítmicamente la pared abdominal con el estetoscopio).
- Tacto rectal: Debe realizarse siempre ante dolor abdominal. Los datos que se deben obtener son: Presencia de tumoración o fecalomas en la luz rectal, carac-

terísticas del canal anal y paredes laterales, en la pared anterior, protrusión y/o dolor en fondo de saco de Douglas, en el varón se palpa la próstata y en la mujer el cuello uterino. Características de las heces: Melenas (aspecto alquitranado, pegajosas, brillantes de olor putrefacto), heces de color rojo, pensar en hemorragia de colon izquierdo, heces caprinas (colon irritable), acólicas en las ictericias obstructivas, heces semilíquidas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar del estudio e investigación en lo referente al dolor abdominal, llegamos a la conclusión de que, para poder realizar un acertado diagnóstico de los signos de dolor abdominal es muy primordial y necesario, realizar una exhaustiva anamnesis y una correcta exploración física, que nos va a dar paso a que, después nos podamos decantar por las exploraciones complementarias, si fueran necesarias.
En primera revisión, encuadraremos el dolor abdominal, como agudo, crónico o recurrente y se descartara la cualquier etiología orgánica, mediante la exploración física del dolor y las exploraciones requeridas complementarias, en función de los datos recabados en la exploración física y en la anamnesis.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700016
2. McOmber ME, Shulman RJ. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in children. Curr Opin Pediatr. 2007;19(5):581-5. [Links]
3. Bourrillon A. Dolor abdominal. Elsevier-Masson; 2009. [Links]
4. Chitkara DK, Rawwat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. Am J Gastroenteol. 2005;100(8):1868-75. [Links]
5. Plunkett A, Beattie RM. Recurrent abdominal pain in childhood. J R Soc Med. 2005;998(3):101-6. [Links]
6. Vilar Escrigas P, García Burriel JI. Pancreatitis aguda. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Gastroenterología [consultado el 20/10/ 2009]. Disponible en www.aeped.es/protocolos/gastroentero/18.

Capítulo 99

ENFERMERÍA Y LAS COMPLICACIONES EN LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

GEMA MARIA MORENO ZAMORA

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

1 Introducción

Las alteraciones de la frecuencia cardíaca son trastornos en los que el corazón puede superar demasiado rápido (taquicardia) o demasiado lento (bradicardia).
Esto típicamente, este tipo de alteraciones son con bradicardia, ya sea que sean debido a la depresión del nodo sinusal o por un bloque de atrícula atrial a la raza, impreso principalmente con síntomas tales como disnea, sincológeo, dolor torácico, etc.
Eso produce un deterioro hemodinámico de gran importancia que requiere un marcapasos, ya sea y resolver el problema.
Dado el aumento de la prevalencia como resultado del aumento de la esperanza y la calidad de vida junto con los avances tecnológicos continuos, cada año es la

mayoría de la inmutación de estos dispositivos en ambos grupos colectivos más jóvenes y más avanzados.
El marcapaso es un dispositivo eléctrico que emite impulsos de la tarjeta que causan la de la a la de la a la de la a la de la a la de la a la de la a la de la a la formulación y la contracción cardíaca cuando el corazón no se puede hacer y, que consiste en un generador y uno o más cables.
En los últimos años, el implante de marcapasos se ha convertido en un procedimiento relativamente simple y común, seguro y con índice de baja complicación, relacionado con este índice con la experiencia de los hosts de hospital, un procedimiento mínimamente invasivo, que requiere pocas horas de hospitalización y la experiencia del médico intensivo a cargo de la Ley Quirúrgica.

2 Objetivos

- Observar las diferentes complicaciones de la colocación de un marcapasos.
- Conocer los distintos momentos en los que puede aparecer una complicación en personas portadoras de marcapasos.
- Indagar en las medidas necesarias para evitar las complicaciones de un marcapasos.
- Saber cómo afrontar una complicación antes, durante y la implantación de un marcapasos definitivo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según un estudio publicado por la Sociedad Europea de Cardiología, el porcentaje de complicaciones durante y después de la implantación de un marcapasos es aproximadamente del 10%.
Aunque los riesgos son más altos en comparación con otros problemas de salud, también es importante revisar que suceden con muy buen día.

Por lo tanto, tenga en cuenta que el riesgo de muerte se estima después o durante la implementación de un marcapasos de manera programada de menos del 1%.
Complicaciones relacionadas con el acto quirúrgico Las complicaciones que pueden surgir de la implementación de un marcapasos como el tiempo en el que ocurren: complicaciones durante la colocación: trombosis venosa: es una de las complicaciones de ranura, y consiste en la formación de un trombos en la vena en la que se encuentra el electrodo.
La consecuencia más grave es el tromboembolismo pulmonar (TEP) por el desplazamiento del tromby del sistema venoso al sistema vascular pulmonar.
Para hacer esto, se observará la apariencia de los signos del compromiso vascular al día.
- Pintura arterial: aumente su incidencia cuando el punto de acceso es la vena jugular a través de la más tarde y está identificada por la toma de sangre roja brillante y pulsátil.
Para favorecer la hemostasia, se comprimirán manualmente durante al menos 5 minutos en el punto de punción.
- Pneuoterax o hemotórax: cuando el punto de inserción es la vena subclava.
Ocurre por la punción accidental de la pleura pulmonar homolórea a la implancia y, con esto, la consecuencia de entrada de aire externo (o sangre, en el caso de hemotorax) a dicha cavidad.
Dependiendo de la magnitud y la seriedad de él, requerirá el drenaje torácico extraer el aire o la sangre de la cavidad pleural y lograr la expansión pulmonar, aunque en la mayoría de los casos se resuelva espontáneamente, pero especificando un mayor tiempo de hospitalización de los establecidos para un marcapasos.
Valore la presencia de dolor torácico, disminuye en el murmulse vesicular y el copremo en el hemitórax afectado, confirmado por la radiografía.
- Dolor: la administración de analgesia locales antes y durante la intervención, así como la premedicación de la planta evita la situación desagradable a la persona, como el medicamento después de la intervención quirúrgica, por la inconveniencia que puede parecer su propia a la manipulación del área en días posteriores.
- Reacción alérgica: producida por intolerancia a la tinte, anestesia y / o antibióticos profilácticos utilizados durante la intervención.

5 Discusión-Conclusión

El aumento generalizado de la esperanza y la calidad de vida han llevado a un aumento progresivo en la población general, así como los cambios relacionados

con la salud, destacando entre patologías con aumento de la prevalencia a lo largo de los años, alteraciones en la frecuencia cardíaca o lo que también se conoce como arritmias.
Por esta razón, el marcapasos artificial definitivo demostró ser un desafío por el mismo tiempo el tratamiento ideal para establecer una frecuencia cardíaca regular y adecuada, gracias a la capacidad de esta invención, para hacer que las personas lo que lo trajeran, recuperan su vida útil.
La profesión médica también estaba equipada, con asistencia técnica que se ha convertido en uno de los más útiles de nuestro tiempo.
Los marcapasos han sufrido múltiples avances, moviéndose de dispositivos corporales extra grandes a generadores más pequeños alojados en el nivel subcutáneo, alcanzando la opción de los marcados de cálculos sin cables.
La Sociedad Española de Cardiología enfatiza el avance que este último tipo de mercados finales ha asumido, ya que cuando se exhorta mínimamente invasivo, reduce además las posibles complicaciones de partículas, como infecciosas (endocarditis) y / o hematomas.
Como una ventaja frente al marcapasos previo, esto no requiere incisiones quirúrgicas para la realización del bolsillo que aloja el generador.
Como inconveniente, dicho dispositivo está especialmente indicado para las personas que no requieren estimulación auricular, pero solo ventricular y su costo-beneficio en relación con otros modelos aún reviven su uso de rutina.

6 Bibliografía

- Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2022 junio 30]. Disponible en: https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientos-y-terapias/bradicardia/vivir-con.html
- Secardiología [Internet]. Madrid: España. Sociedad Española de Cardiología; 2021 [citado 2022 junio 30]. Disponible en: https://secardiologia.es/

Capítulo 100

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTE CON COLELITIASIS Y CÓLICO BILIAR

GEMA MARIA MORENO ZAMORA

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

1 Introducción

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

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

2 Objetivos

-Conocer e indicar la actuación de enfermería en pacientes con colelitiasis y cólico biliar en los centros hospitalarios

3 Metodología

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

4 Resultados

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

pacientes que no presenten clínica y sin patologías asociadas que puedan presentar complicaciones.
Cuando el paciente presente síntomas, el más característico de ellos es el cólico biliar. El cólico biliar, consiste en aumento de la presión y la distensión de las paredes de la vesícula por la presencia de un cálculo a nivel del saco vesicular o a nivel del conducto cístico produciendo una obstrucción momentánea del flujo. Se caracteriza por un dolor muy intenso, normalmente localizado a nivel de epigastrio o hipocondrio derecho, que puede irradiarse hacia la espalda a nivel subescapular e incluso hacia el hombro derecho. Puede acompañarse de náuseas, vómitos de contenido bilioso y dispepsia. En muchos casos el dolor es posterior a la ingesta de una comida abundante y con alto contenido en grasas o muy abundante. El tratamiento del cólico biliar se centrará en los síntomas, basándose en la administración de sueroterapia, analgésicos y antieméticos si precisara el paciente.
Para pacientes con clínica, el tratamiento definitivo de elección, mayoritariamente, será la colecistectomía. Aunque existen otras alternativas como la litotricia biliar extracorpórea por ondas de choque o un tratamiento disolutivo.
En el caso de que el paciente presente litiasis pigmentaria marrón o parda, habría que ampliar estudio para conocer si verdaderamente presenta infección en la vía biliar.
Si además de los síntomas explicados anteriormente, el paciente presenta fiebre, orina colúrica e ictericia, es indicativo de que existen complicaciones. Las complicaciones más frecuentes del cólico biliar son: colecistitis aguda (inflamación de la vesicular debido a infección por causas obstructivas), coledocolitiasis (presencia de litiasis a nivel del colédoco), colangitis aguda (infección aguda de la vía biliar debido a una obstrucción a nivel del colédoco) y pancreatitis aguda (inflamación aguda del páncreas que se produce por la activación de las enzimas pancreáticas produciendo su lesión).
Diagnóstico:
- Exploración física, Salvo que el paciente presente en ese momento un cólico biliar, aportaría pocos datos para el diagnóstico.
Durante el cólico biliar el paciente podría presentar dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio.
- Realización de pruebas complementarias.
Analítica sanguínea: aunque la litiasis sea causada por colesterol, no tiene porque presentarse un aumento del colesterol sérico. Lo que sí se puede encontrar es un aumento de las transaminasas (GGT), siendo mucho más significativo su aumento si el paciente se encuentra con un episodio de cólico biliar o está debutando con una colangitis o una pancreatitis aguda.

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 101

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

GEMA MARIA MORENO ZAMORA

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

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

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

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

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

2 Objetivos

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

Objetivos secundarios:
- Identificar signos y síntomas de buena progresión de la FAVI.
- Saber aplicar los cuidados pertinentes, en las distintas etapas del proceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Las palabras clave utilizadas para las diferentes búsquedas han sido las siguientes:
- Enfermería.
- Cuidados.
- Fístula arteriovenosa.
- Acceso vascular.
- Hemodiálisis.

4 Resultados

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

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

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

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

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

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

Cuidados inmediatos:

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

Cuidados tardíos:

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

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 102

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PRADO NAVARRO EXPOSITO

AINHOA VERA PAVÓN

ANDREA ONIEVA ORTEGA

MÓNICA MUÑOZ TERCERO

CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER

1 Introducción

El Catéter Central de Inserción Periférica PICC supone un avance en la terapia intravenosa de larga permanencia en los últimos años, justificado por el aumento del porcentaje de pacientes que requieren el uso de dispositivos de acceso venoso para la administración de tratamientos de diferente índole.
Actualmente, existen diferentes tipos de catéteres, y su elección depende de diferentes factores, como pueden ser las propias del paciente, las propiedades del producto de infusión y la duración del tratamiento.
Un PICC es un catéter central de inserción periférica, no tunelizado, delgado, largo y flexible cuya inserción puede llevarse a cabo por personal de enfermería formado para ello. Su inserción se hace a través de una vena periférica del miembro superior, ya que su diámetro es mayor que las del antebrazo y no se ven afectadas por la flexión de la extremidad, siendo la vena basílica, cefálica, braquial o

mediana cubital las venas de elección. Se introduce hasta llegar al tercio inferior de la vena cava superior, disponiendo así de una vía central de larga duración de 6 meses a un año. Los materiales utilizados son poliuretano y silicona. Puede tener entre 1-3 luces. Cada luz tiene un conector sin aguja conocido como clave y una tapa desinfectante en el extremo.
Son muchos los pacientes, sobre todo críticos, oncológicos y hematológicos, los que pueden llegar a beneficiarse de su uso en cualquier terapia intravenosa, ya que supone una mayor comodidad para el paciente, menor tasa de complicaciones y una reducción de costes.

2 Objetivos

Identificar y describir cuestiones básicas relacionadas con los cuidados, mantenimiento y complicaciones del Catéter Central de Inserción Periférica PICC, ayudando a unificar criterios y mejorar los protocolos en la asistencia sanitaria como personal sanitario de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente, con el objetivo de identificar las indicaciones, cuidados y complicaciones derivadas de la utilización del Catéter Central de Inserción Periférica.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Dialnet, Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras el análisis del estudio EPINE 2016 (Programas de estudios de prevalencia de las infecciones nosocomiales de España) podemos afirmar que el 72% de los pacientes hospitalizados son portadores de un catéter vascular periférico, y el 11.2% son portadores de un catéter venoso central. Tras observar estos porcentajes, podemos analizar las ventajas de la utilización de PICC entre las que encontramos: reservar de daños el acceso venoso derivados de múltiples extracciones de sangre o canalizaciones de accesos venosos para infusión de tratamientos, lo

que supone menos pinchazos, además de un menor riesgo de infección y complicación con respecto al Catéter venoso central y menor riesgo de flebitis y extravasaciones comparado con el catéter venoso periférico, destacando en el ámbito económico un menor coste comparado con el Catéter venoso central. El beneficio de este catéter supone un gran avance, ya que puede usarse por largos periodos de tiempos incluso fuera del hospital.

Por otro lado, encontramos que los inconvenientes son muy pocos con respecto a las ventajas, entre ellos citar los más importantes como es la alteración de la imagen corporal, la cual el paciente puede apreciar subjetivamente, o el desplazamiento exterior del catéter por el punto de inserción.

Dentro de los criterios de elección para la canalización del PICC encontramos:

- Pacientes con terapia IV mayor de 7 días, puesto que se considera un catéter de larga duración.
- Administración de nutrición parenteral intrahospitalaria o incluso en domicilio.
- Administración de tratamientos con quimioterapia.
- Paciente que haya consumido su acceso venoso.
- Medicación con un Ph menor de 5 o mayor de 9.
- Fluidos con una osmolaridad mayor de 600 osmol/l.
- La necesidad de numerosas transfusiones sanguíneas o recogida de muestras de sangre.
- Fármacos vesicantes y/o irritantes
- Medición PVC.

Por otro lado, tenemos que analizar también las principales contraindicaciones a la hora de la elección de la canalización del PICC, entre las que se incluyen alteraciones anatómicas que impidan la canalización del catéter, como pueden ser un calibre de la vena reducido o vasos tortuosos lo que dificultaría mucho la canalización o lo haría imposible. Otras alteraciones locales como la infección local de la piel, quemaduras severas, vaciamiento de ganglios reciente o historia reciente de trombosis.

Entre las contraindicaciones relativas podemos mencionar los pacientes con enfermedad renal avanzada, ya que este tipo de pacientes necesitan el mantenimiento de un sistema venoso profundo en buenas condiciones para la realización de una fistula arteriovenosa. Pacientes anticoagulados, edematosos y con obesidad mórbida precisan de una valoración más especifica.

Los PICC son canalizados a través de la técnica seldinger modificada/ microseldinger siendo una de sus ventajas que pueden ser canalizados por personal de enfermería formado para ello. La canalización guiada por ecografía es la técnica de elección, ya que permite la colocación de los PICC de forma más segura,

seleccionando la vena más adecuada, es decir, aquella con un mayor calibre y profundidad, además esta técnica es menos traumática para el paciente y se realiza con mayor rapidez y menor disconfort.
Tras la colocación de un PICC, es necesario la confirmación de su ubicación a través de una técnica de imagen para verificar que el catéter se ha insertado con éxito. Para ello se tendrá que hacer una radiografía simple de tórax al paciente, para asegurar que la punta del catéter se encuentra en el tercio inferior de la vena cava superior que coincide anatómicamente entre el 4º y 5º espacio intercostal. Todos los catéteres tienen una tira radiopaca lateral en su extremo distal para permitir confirmar su correcta localización.
Es importante analizar los cuidados de enfermería en el mantenimiento del PICC, entre ellos destacar:
- Mantener libres de patógenos el catéter, por lo que las curas serán estériles, cubriendo con un apósito transparente el punto de inserción lo que nos permita visualizarlo en cualquier momento. Curas cada 7 días o siempre que el apósito se encuentra en mal estado o sucio.
- Mantener el catéter fijo, para ello utilizaremos dispositivos de sujeción stat-lock, que nos impida la salida accidental del catéter.
- Mantener el catéter permeable y detectar si está obstruido, en ese caso, se utilizara 10ml SF con la técnica push-stop-push.

Las complicaciones relacionadas con el PICC se pueden dividir principalmente en infecciosas entre las que citaremos la colonización del catéter, infección del orificio de entrada e infección del túnel, y no infecciosas, que a su vez se pueden subdividir en no mecánicas como la trombosis venosa y mecánicas, siendo estas últimas las derivadas del mismo catéter, entre ellas las más relevantes encontramos el neumotórax, la canalización arterial o la perforación del vaso.
Es de vital importancia la prevención de las complicaciones, ya que su aparición suponen tanto una mayor mortalidad como un mayor coste para el sistema sanitario, para ello, se precisa del diseño de protocolos que ayuden a los profesionales sanitarios, especialmente al personal de enfermería, el manejo y conservación del PICC.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de los diferentes catéteres centrales, el PICC puede ser, el catéter de elección en aquellos pacientes que precisen tratamientos prolongados, ya que facilita la administración de medicación especial sobre todo en pacientes oncológicos. Esto hace que su uso esté aumentado gracias a su seguridad, facilidad de inser-

ción, baja tasa de infecciones y menor coste económico y sobre todo destacar que desde el punto de vista enfermero, permite la posibilidad de canalización y mantenimiento del catéter por parte del personal de enfermería cualificado para ello.
A pesar de sus ventajas no está exento de complicaciones que deben ser vigiladas por los enfermeros en todos los servicios, lo que hace de vital importancia la asepsia en su cuidado y técnica de inserción para evitar eventos adversos a largo plazo.

6 Bibliografía

1. "Estudio EPINE-EPPS 2016". Hospital Vall D'Hebron. N.p., 2016. Disponible en: http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE/EPPS%202016%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf
2. Ferrer, Carmen, and Benito Almirante. "Infecciones Relacionadas Con El Uso De Los Catéteres Vasculares". Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 32.2 (2014): 115-124.
3. "Guía De Práctica Clínica Sobre Terapia Intravenosa Con Dispositivos No Permanentes En Adultos". N.p., 2014. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_541_Terapia_intravenosa_AETSA_compl.pdf
4. Carcoba Rubio N, y Ceña Santorcuato , S. "Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica seldinger modificada en la urgencia hospitalaria". Enfermería Global, 2010, 20, 0 0.
5. Pirri L. "Catéter central de inserción periférica PICC". Rev Hospital Rawson.

Capítulo 103

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS

VERONICA ALVAREZ CANO

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

NURIA MENA PEDRAZA

1 Introducción

La hemorragia digestiva alta se define como un sangrado proveniente del tubo digestivo alto (esófago, estómago e inicio del intestino delgado). Para su diferenciación con la hemorragia digestiva baja se utiliza como referencia el ángulo de Treitz, el cual supone el punto de división entre el tracto digestivo superior y el inferior.

Este tipo de sangrado puede clasificarse en hemorragia digestiva leve, moderada, grave y masiva. Aquellas menos graves que no precisan tratamiento inmediato pueden pasarse por alto y alargarse en el tiempo, produciendo otros problemas secundarios. Sin embargo, las hemorragias abundantes no controladas suponen una emergencia médica que acarrea numerosas complicaciones. El pronóstico de

este tipo de afección dependerá no solo de la intervención de un equipo sanitario, sino también de muchos factores relacionados con el paciente, como la edad o la presencia de otras enfermedades.

Son numerosos los casos de HDA que acuden a los servicios de Urgencias en la actualidad, y cursan con una tasa de morbilidad de entre el 5-10%. El personal de Enfermería de los servicios de Urgencias son los primeros en establecer contacto con el paciente, por lo que su conocimiento sobre este problema de salud es fundamental tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

2 Objetivos

La finalidad de este estudio es formar a los profesionales de Enfermería sobre la hemorragia digestiva alta, y proponer un plan de actuación a desarrollar en el servicio de Urgencias Hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación basada en una búsqueda bibliográfica de artículos que traten sobre la HDG y el papel de la Enfermería en ella, a través de plataformas como Google Académico, Medline y Dialnet. Se utilizaron los términos "hemorragia digestiva alta", "enfermería", "upper gastrointestinal bleeding" y "nursing", junto a los conectores "y/and". Se obtuvieron 15 artículos relacionados con el tema, y se descartaron 8 por no aportar información significativa al estudio.

4 Resultados

La HDA es un trastorno que aparece con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (63% de los casos frente al 37%), y puede deberse a múltiples causas:

- Úlceras duodenales.

- Gastritis.

- Esofagitis.

- Varices esofágicas.

- Duodenitis hemorrágica.

- Síndrome Mallory-Weiss.

- Lesiones tumorales.

- Diversos fármacos (AINES, AAS y Tetraciclinas, entre otros), etc.

La presencia de hematemesis es normalmente el síntoma más característico de la HDA. La aparición de melenas o hematoquecia, pese a estar relacionadas habitualmente con la hemorragia digestiva baja, pueden ser indicios de un sangrado en el tracto digestivo superior. Esta sintomatología suele ir acompañada de otra secundaria, como taquicardia, palidez, sudores fríos y/o anemia, entre otros. Los casos más graves de HDA pueden desembocar en un shock hipovolémico, e incluso en un coma.

Protocolo de actuación:

Detección precoz.

El primer paso a realizar cuando acude al servicio un paciente con cualquier tipo de hemorragia será valorar la magnitud del sangrado y el origen del mismo. Es necesario diferenciarlas de otras que provengan de la boca, la nariz o el sistema respiratorio. En caso de que la situación lo permita, lo siguiente será entrevistar al paciente para conocer si existen antecedentes de hemorragias similares, la medicación que toma habitualmente y si padece otras enfermedades de interés. La HDA puede ser secundaria a otras patologías, como el cáncer del tracto digestivo, o al consumo de ciertos fármacos, como los AINES.

Es preciso, además, llevar a cabo un examen físico, en el que se hará una toma de constantes y se obtendrá una visión general del estado del paciente. Es frecuente en la HDA unos niveles de tensión arterial bajos, una frecuencia cardíaca alta, y una disminución de la saturación de oxígeno, aunque estos valores varían según la gravedad de la hemorragia. Por otra parte, se debe tener en cuenta otros factores como la palidez de las mucosas y de la piel, la presencia de sudores fríos o que haya distensión abdominal. En caso de que haya melenas o hematoquecia, hay que descartar también que el sangrado no tenga su origen en el ano o en el recto, como es el caso de las fisuras anales o las hemorroides.

Para un adecuado diagnóstico de la HDA, el médico a cargo del paciente deberá solicitar una analítica de sangre, por lo que se canalizará una vía venosa periférica para realizar la extracción y que servirá para aplicar el tratamiento intravenoso que se paute. Otras pruebas que servirán para dicho diagnóstico son la ecografía

abdominal, la tomografía computarizada o la resonancia magnética entre otros. Sin embargo, la técnica que más se utiliza ante las sospechas de HDA es la endoscopia del tracto digestivo, puesto que puede ayudar a determinar la localización del origen del sangrado.

Tratamiento temprano

Tras establecer el diagnóstico, es necesario reestablecer los niveles hídricos del paciente administrando sueroterapia y concentrados de hematíes si es necesario, a través del acceso venoso obtenido anteriormente, y se proporcionará oxigenoterapia. Ante la hematemesis activa, se debe evitar la broncoaspiración poniendo al paciente en posición lateral de seguridad, y colocar una sonda nasogástrica para evacuar el contenido hemático y realizar lavados con suero fisiológico a temperatura ambiente. También se puede realizar un sondaje vesical, para medir la diuresis del paciente.

En cuanto al tratamiento farmacológico que prescribirá el facultativo, la elección suele ser una perfusión intravenosa de inhibidores de la bomba de protones, como es el pantoprazol, y analgesia para paliar el dolor del paciente.

Cuidados posteriores

Una vez se ha estabilizado la hemorragia, se llevará al paciente a observación de urgencias o a la UCI, dependiendo de la gravedad de su estado. Una vez allí, se realizarán ciertos cuidados necesarios para su recuperación, entre los que destacan:

- Monitorizar las constantes vitales.

- Mantener al paciente en reposo y dieta absoluta.

- Realizar un balance hídrico.

- Administrar la medicación pautada por el equipo médico.

- Vigilar el nivel de consciencia y el aspecto de la piel y mucosas.

- Mantener la temperatura corporal estable.

- Llevar a cabo una higiene corporal adecuada.

- Favorecer el descanso durante su ingreso.

- Realizar pruebas de control.

- Ofrecer y aclarar la información sobre su estado.

- Fomentar el apoyo por parte de la familia.

5 Discusión-Conclusión

La hemorragia digestiva alta es una emergencia de salud que puede tener multitud de complicaciones que comprometan la vida del paciente. Por ello, es necesaria una intervención inmediata por parte de un equipo sanitario que garantice una atención integral del paciente. Los profesionales de Enfermería poseen las habilidades y conocimientos necesarios para reconocer los primeros indicios de esta enfermedad y establecer un diagnóstico precoz. Sin embargo, para ofrecer un tratamiento adecuado y obtener los mejores resultados, debe existir un trabajo multidisciplinar con el resto del personal de Urgencias. Gracias a la información obtenida durante el desarrollo de este trabajo, cabe destacar la importancia de una mayor formación de la Enfermería en cuanto al papel que deben desempeñar en este tipo de urgencias sanitarias.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). Hemorragia digestiva; [revisado 14/01/2021; consulta 28/09/2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003133.htm.

2. Martínez Escribano B, Albañil Ballesteros MR. Hemorragia digestiva alta. Revisa FAPAP. [Internet]. (2013);6;257-65. (Consultado 29/09/2022). Disponible en: https://fapap.es/articulo/268/hemorragia-digestiva-alta.

3. Alastruey-Gargallo M, Aranda-Hernández B, Ferrando-Sánchez M, Sanz-Pérez L. Hemorragia digestiva alta: caso clínico. Revista sanitaria de investigación. [Internet]. 2021. [Consultado 29/09/2022]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hemorragia-digestiva-alta-caso-clinico/.

4. Ferrite, I., Ayza, I., Alonso, S., Saurina, M., Canari, X., & Caus, F. Actuación de enfermería ante la sospecha de hemorragia digestiva alta en urgencias. Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

[Internet]. 2010. (Consultado 29/29/2022).

5. Layme Alfaro, T. C. Cuidados de enfermería a pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia del hospital PNP LUIS N. SAENZ. (2015-2017). Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12952/2902.

6. Carrillo Carreño, J. F., & Vera Olea, Y. P. Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería). (2021).

7. Arias Baños, C. C. Proceso atención de enfermería en paciente de 49 años con hemorragia digestiva alta (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2021).

Capítulo 104

ANSIEDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ACTUACIÓN ENFERMERA

RAQUEL MERCADO RAMÍREZ

RUBÉN ROJAS LAGUNA

DÉBORA DÍAZ BROCEÑO

FABRIZIO JOSUE COLAMARCO

LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA

1 Introducción

La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud que, en muchas ocasiones, cursa con una sintomatología física como sudoración, palpitaciones, o tensión muscular. Este es un proceso fisiológico cuando se produce como una reacción normal al estrés y, además, resulta productiva o beneficiosa, es decir, ayuda a enfrentar una situación determinada; por ejemplo, frente a momentos de peligro inmediato hace que el organismo adquiera mayor energía o aumenta la concentración ante decisiones complicadas. Sin embargo, cuando esto no se cumple y produce interferencias en la cotidianidad del individuo, la ansiedad adquiere un carácter fisiopatológico y pueden aparecer los trastornos de ansiedad. En este tipo de trastornos, la ansiedad no desaparece manifestándose en pensamientos

irracionales difíciles de controlar, cambios en el comportamiento o alteraciones físicas, entre otras clínicas.
Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse de diferentes formas que, de forma más general, serían el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico y las fobias. La principal diferencia entre el trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de pánico es la duración del mismo, ya que, en el primero, la clínica tiene meses de desarrollo mientras que los ataques de pánico se dan en pocos minutos. Por otra parte, en las fobias, el desencadenante de la patología suele ser una algo que, en realidad, representa escaso o nulo peligro.
En los servicios de urgencias, esta ansiedad se hace presente en múltiples ocasiones; por ejemplo, en un estudio realizado en México, de 96 pacientes que acudieron a urgencias, el 34,8% portaban una clínica ansiosa. También, otro estudio realizado en el Hospital de Melilla contabilizó en cuatro meses un total de 480 personas que acudieron por estar padeciendo una crisis de ansiedad. Esto hace ver que es imprescindible que los profesionales de la Enfermería que trabajen en el sector de las urgencias deben estar preparados para aportar unos cuidados adecuados a pacientes que presenten esta condición.

2 Objetivos

- Facilitar información sobre la clínica ansiosa para un mejor entendimiento y abordaje de la misma.
- Aportar pautas que el equipo de Enfermería pueda usar al tratar en urgencias a pacientes con este tipo de patología.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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

Si utilizamos un enfoque médico, el tratamiento de la ansiedad en urgencias se realizaría a través del uso de benzodiacepinas, ya fuera a través de una vía oral,

sublingual, intramuscular o intravenosa. Frente al uso de este tipo de medicamentos, Enfermería ha de asegurarse de que el paciente es consciente de ciertos aspectos en relación con el tratamiento. Primeramente, Enfermería ha de asegurarse de que el paciente sabe que son fármacos que causan dependencia, por lo que será vital que se siga fielmente las indicaciones de las dosis, de la frecuencia y del tiempo de administración que el profesional médico paute; por otra parte, se deberá recordar que la retirada del médicamente ha de hacerse de forma progresiva.

En cuanto a otros aspectos a tener en cuenta, se recomendará no conducir o manejar maquinaria pesada durante el tiempo de la toma de estos fármacos. Además, como contraindicaciones, se indicará que no se debe de ingerir cafeína o alcohol y que, en caso de mujeres en periodo de lactancia, deberán suspender la misma y hacer uso de la alimentación artificial.

Pese a todo esto, será esencial realizar un cuidado emocional, que podrá pasar por:

• Presentarse y ofrecer ayuda dando una imagen de tranquilidad al paciente, hablándole con voz suave y manteniendo una actitud de escucha y comprensión.

• Transmitir al paciente la máxima seguridad y confianza posible a través del afecto y del control emocional, siendo conscientes de que el enfermo puede no responder de la forma que deseamos. Si esto ocurre, buscar comprender y empatizar con el paciente.

• Permitir que el paciente exprese libremente sus emociones e intentar conducirles a la identificación de sus propias motivaciones, fantasías y dificultades.

• Intentar hacerles entender los inconvenientes de las conductas desadaptativas.

• Atender a los aspectos no verbales de la comunicación y comprobar si existen congruencias entre los mensajes verbales y no verbales, tanto por parte del profesional sanitario como del enfermo.

• Evitar generar falsas expectativas y conductas de sobreprotección; buscar hacer partícipes del control de la situación al paciente y a sus acompañantes.

• En caso de que haya riesgo de auto o heteroagresividad, la enfermera ha de apartar los objetos con los que se pueda hacer daño a los demás (fonendoscopio, pinzas, bolígrafos, tijeras, gafas, sillas, etc.), así como despojar al paciente de todo objeto que tenga que pueda infligirse dolor.

• Tener siempre en cuenta los mecanismos de contención y sedación por si fuera preciso teniendo en cuenta que debe estar bajo prescripción médica, aunque la enfermera pueda tomar la decisión si fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

La ansiedad es un problema de salud cada vez más frecuente frente al cual Enfermería puede aportar un cuidado de gran calidad; siento tanto así que en la taxonomía enfermera usada para la realización de planes de cuidados existe un diagnóstico enfocado en esta patología (00146 ansiedad), así como los consecuentes objetivos e intervenciones posibles que se pueden determinar.

Pese a que es importante aportar información sobre el tratamiento farmacológico, este no es siempre de elección, por lo que se debe de tener muy presente cómo realizar un adecuado cuidado emocional y educar, si es posible, facilitando mecanismos adaptativos correctos que permitan a los pacientes ir aprendiendo a gestionar este tipo de emociones.

6 Bibliografía

1. Ansiedad: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. [cited 2 October 2022]. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html
2. Macías Ramírez C. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE SITUACIONES DE CRISIS DE ANSIEDAD [Internet]. Enfermeriadeurgencias.com. 2011 [cited 2 October 2022]. Available from: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2011/pagina7.html
3. Vilchis-Aguila A, Secín-Diep R, López-Avila A, Córdova-Pluma V. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias [Internet]. Medigraphic.com. 2010 [cited 2 October 2022]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim101b.pdf
4. el messaoudi kharbouch h, pedrinaci garcia ú, jimenez salah y. la ansiedad en los servicios de urgencias [internet]. psiquiatria.com. 2022 [cited 2 october 2022]. available from: https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/la-ansiedad-en-los-servicios-de-urgencias/

Capítulo 105

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR EL TRAUMA PERINEAL

AGUSTIN MORALES RUIZ

LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA

ÁLVARO MARTOS BELLIDO

1 Introducción

El perineo es la parte del cuerpo que forma el suelo pélvico. En él se encuentran los órganos sexuales externos y el ano. Está formado por partes blandas, como los músculos y ligamentos, tiene forma de rombo constituido por dos triángulos, uno posterior donde encontramos el ano y otro anterior donde encontramos la uretra.

El traumatismo perineal se define como cualquier daño en los genitales femeninos producido durante el nacimiento, ya sea de manera espontanea (desgarro) o por la realización intencionada de una incisión quirúrgica (episiotomía). Se relaciona con una alta morbilidad postparto, y actualmente es una de las mayores preocupaciones de los profesionales, ya que en Reino Unido y en España el 85% de las mujeres que tuvieron parto vaginal sufrieron algún tipo de traumatismo.

Las consecuencias que sufren las mujeres tras estos traumatismos son: dolor perineal., edema y hematoma. El dolor perineal puede producir retención urinaria y problemas en la defecación, lo cual a largo plazo las mujeres pueden sufrir dispareunia, alteraciones en la función sexual y otras complicaciones adicionales como abcesos, infecciones y fistulas recto-vaginales.

Los principales factores que aumentan la posibilidad de desgarro son: Paridad (más frecuente en primíparas), el parto precipitado, peso del recién nacido (> 4 kg), edad materna (<19 y >35) y el tiempo expulsivo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Conocer las medidas preventivas para evitar el trauma perineal.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura disponible en bases de datos académicas. Se utilizó en las bases de datos científicas como PubMed, Scielo y Google Scholar con criterios de búsqueda definidos y se acotaron los trabajos a publicaciones posteriores al año 2016. El idioma debía ser español, pero no se descartaron estudios en inglés. Se abrió la búsqueda a estudios mundiales sin centrarnos únicamente en nuestro país.

4 Resultados

En relación a los desgarros sabemos que se clasifican en cuatro grados, siendo el último el peor, cuya afectación llega hasta la mucosa anorrectal.
Realizar la intervención de la episiotomía debe reducirse, ya que las madres recordarán el parto como una experiencia positiva la atención biopsicosocial por parte del personal encargado del parto, es por ello por lo que deben buscarse alternativas hasta el último momento para evitar realizarla. Por lo tanto, entre el 70 y 90% de los partos naturales deberían de evitar el uso de la episiotomía, es decir, no debería usarse de forma rutinaria y no sobrepasar el 30% de los partos vaginales.
-El 42% mujeres presentan dolor perineal entre los 10-12 días posparto y solo el 10% lo refieren a las
12-18 meses.
-El 85% de las mujeres que padecen traumas perineales, paren por vía vaginal.
-El 70-90% de los daños perineales están asociados a episiotomías.
-Se reduce en un 6% los desgarros de 2º, 3º grado y las episiotomías realizando masaje perineal 3-4 veces/semana.
-El trauma perineal se reduce en un 13% enmujeres de 30 años o más realizando el masaje perineal.

Existen diversas medidas para reducir el trauma perineal como: ejercicio físico en el embarazo, la posición materna, el tirón expulsivo y la aplicación de calor (gasas calientes) en el perineo. Sin embargo, la principal medida es el masaje perineal, tanto en el embarazo como en el parto consiguiendo la plasticidad de los tejidos y disminuyendo su resistencia a la distensión.
En las fases previas al expulsivo, la posición que adopta la madre es también un factor protector para evitar un expulsivo dificultoso. La comodidad de la madre y los cambios posturales facilitan la circulación, aumentan el comfort y disminuyen el cansancio, factores que facilitan el esfuerzo para el expulsivo.
Con el masaje perineal preparamos los tejidos para el parto, ya que se consigue disminuir la resistencia y aumentar la elasticidad de los tejidos durante la distensión (dilatación).

5 Discusión-Conclusión

En el parto la mujer suele sufrir algún traumatismo en la zona perineal, pero con una buena preparación en el embarazo e incluso una planificación previa al embarazo, se puede prevenir notoriamente estas afecciones.
El tamaño del bebé no debe exceder ciertos límites, ya que dificulta bastante el parto vaginal.
Está demostrado que el masaje perineal durante la gestación además del masaje con vaselina y calor disminuyen la incidencia de los traumatismos perineales.
El ejercicio físico, el fortalecimiento del suelo pélvico y la destreza del personal sanitario son fundamentales para disminuir el trauma perineal.
El trabajo realizado por la madre previo al momento del parto va a ser fundamental en el momento del expulsivo, la salud materna tanto psíquica como psicológica va a ser fundamental. Además, en el momento del parto el profesional debe estar formado e intentar evitar aquellas intervenciones que son potencialmente dañinas para el perineo materno, ya que las consecuencias pueden llegar a ser dificultosas.

6 Bibliografía

1. Beretta Martinez, V. I. (2019). Factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de Enero a Julio del 2018.
2. Velasco Ruiz, M., Calvo Delgado, I., & Pérez Vergara, I. (2017). Masaje perineal: Práctica prenatal como prevención de desgarros y episiotomías durante el parto.

Revista Electrónica Portales Médicos.
3. Soliva Lax, I. (2016). No title. Masaje Perineal Antenatal Como Medida De Prevención Del Trauma Perineal Durante El Parto Vaginal: Revisión Sistemática.
4. Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. d. N. (2017). Prevención del trauma perineal: Una revisión integradora de la literatura. Enfermería Global, 16(47), 539-575.

Capítulo 106

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA ENDOSCOPIA URGENTE

JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ

NIEVES SIERRA CEPEDA

LORENA PEREZ CRESPO

NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La endoscopia digestiva es fundamental para identificar la lesión sangrante, localizar cualquier cuerpo extraño, confirmar su pronóstico y administrar el tratamiento hemostásico adecuado. También interviene de manera positiva en el gasto sanitario, ya que, reduce los recursos necesarios y reduce la recidiva.
La hemorragia digestiva alta (HDA) aparece cuando la lesión sangrante se localiza entre el esófago y el ángulo de Treitz, se manifiesta en forma de hematemesis (vomito de sangre roja brillante o sangre rojo oscuro con coágulos o microcoágulos en "poso de café") y/o melenas (deposición de sangre digerida, de color negro, brillante, pegajosa y fétida)

Se denomina hemorragia digestiva baja (HDB) a toda pérdida hemática procedente del tubo digestivo distal al ángulo de Treitz (yeyuno, íleon, colon y recto). No se acompaña de hematemesis ni vómitos en posos de café y se puede presentar como:

- Rectorragia.
- Hematoquecia.
- Melenas.

La presencia de hematoquecia e incluso, en ocasiones, de rectorragia, no excluyen la HDA, por lo que se debe excluir siempre esta circunstancia en situaciones de tránsito intestinal acelerado.

Cualquier cuerpo extraño es posible, dese los más habituales, como las monedas y el bolo alimenticio impactado, hasta prácticamente cualquier otro objeto que podamos imaginar. La voluntariedad o no de la ingestión y la edad del paciente, condicionan en gran medida el tipo de cuerpo extraño. Así, mientras en los niños las monedas son uno de los más frecuentes, en los adultos lo son la impactación de un bolo alimenticio o la detención o enclavamiento de espinas de pescado o huesos de animales.

Respecto a la localización donde se ubica o detiene el cuerpo extraño, lo más frecuente son las estrecheces anatómicas fisiológicas del tubo digestivo. El esófago es la región más habitual, aunque cualquier otra es posible.

2 Objetivos

- Objetivo principal: Formular el rol de enfermería en la realización de endoscopias de urgencia en el ámbito hospitalario.

- Objetivos específicos: o Describir tipos de patologías y sus complicaciones que necesitan de endoscopias de urgencia. o Exponer material necesario para usado en este servicio. o Mostrar medicación utilizada para este tipo de procedimientos.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realizó en los buscadores: CUIDEN, LILACS, ENFISPO, COCHRANE PLUS, IME y Google académico, con las palabras claves: endoscopia, hemorragia digestiva, cuerpo extraño, aparato digestivo. Con ello se quiso situar a la figura del enfermero en el entramado organizativo y funcional de esta unidad especial y dar a conocer su funcionamiento para personal eventual o servir de formación a personal laboral.
Al reunir artículos se tuvo en cuenta que tuvieran una antigüedad menor de 5 años, que el idioma fuese Castellano o Inglés, y que tuvieran un acceso libre para su recopilación.

4 Resultados

Se pretende elaborar una guía que sirva para todo el personal enfermero que transite por este tipo de servicio por primera vez o de manera poco habitual, para así, evitar la ansiedad que pudiera ocasionar este tipo de situaciones, o para reciclar conocimientos.

Una correcta colaboración y la coordinación entre el endoscopista y enfermería es la base para la adecuada realización de la endoscopia de urgencia. Es imprescindible por parte de enfermería el conocimiento del material y la forma de utilizarlo.
El trabajo junto al endoscopista manejando el utillaje y la medicación que pueda ser necesaria constituye la senda correcta para minimizar los posibles riesgos derivados de la técnica.

A nivel hospitalario es necesario el conocimiento para la realización de una endoscopia ante una situación de urgencia (Hemorragia Digestiva Alta, Hemorragia Digestiva Baja y Cuerpos Extraños) al haber desconocimiento sobre la realización de este tipo de trabajo en la enfermería, decidí su desarrollo para un conocimiento más completo a la hora de realizar una endoscopia de urgencia.

La endoscopia digestiva permite valorar la actividad de la hemorragia, estimar el riesgo de recidiva y aplicar si es preciso el tratamiento endoscópico.

El manejo de la endoscopia de urgencia debe cumplir dos objetivos: en primer lugar cuantificar el volumen de sangre perdido y su manejo inmediato, y por otro, identificar la causa del sangrado e iniciar las medidas terapéuticas encaminadas a controlarlo. A su vez también contamos con el objetivo de la extracción lo más rápida posible del cuerpo extraño para evitar posibles complicaciones.

Una vez hayamos finalizado cualquier prueba con el endoscopio llega, la hora de su correcta desinfección y secado, muy importante ambas para el buen funcionamiento de todo el equipo en cada prueba.

5 Discusión-Conclusión

Con la elaboración del presente protocolo se pretende disminuir los riesgos y los índices que dan lugar a error causados, principalmente, por el desconocimiento de los profesionales de enfermería en este tipo de técnicas y del uso de un material que es desconocido para un gran porcentaje de estos profesionales que no tienen

conocimiento en este sector o que quieren actualizar conceptos.

Estos riesgos son traducidos en índices, tales como ansiedad por lo desconocido o ansiedad al fracaso, inseguridad a la hora de la realización de dicha prueba o incluso a desconocimiento a la ubicación de materiales para realizar la prueba o antes complicaciones que se pueden dar durante la prueba.

6 Bibliografía

1.Liliana Noemí Romero, Mariela Alejandra Montes, Silvana Vanessa Montes, Dr. Arturo Andrés Vizcaíno. Hemorragia Digestiva Baja: Revisión. Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. Abril 2006. Consultado 4/03/2020. Nº156. (5)
Disponible en: academia.edu

2. Elena García Ruiz, Guillermo Alcaín Martínez, Juan Cañero*, Luis Vázquez Pedreño. Hemorragia Digestiva en el Área de Urgencias. Servicios de Aparato Digestivo y Urgencias* del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria". Campus Universitario de Teatinos. Málaga. 2012. [Internet]. Consultado 6/03/2020. Disponible en: www.medynet.com
3. Francisco Rodríguez Moranta, Ana Berrozpe y Jordi Guardiola. Gastroenterología y Hepatología. Elsevier (Internet). 2011. Consultado 20/03/2020.
Disponible en: www.scienciedirect.com
4. F. Feu caballé y E. Saperas Franch. Hemorragia Digestiva Baja. [Internet]. 2011. Consultado 4/03/2020. Disponible en: academia.edu

5. Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Dr. Ernesto Sierra Montenegro, Dr. Paulino Martínez Hernández Magro, Dr. Iván Enrique Beitia Jurado, Dr. Luis Enrique Bolaños Badillo. La colonoscopia en el diagnóstico de la hemorragia digestiva baja. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Departamento de Cirugía de Colon y Recto. México DF. Cirujano General Vol. 28 Núm. 1 – 2006. [Internet]. Consultado 10/03/2020. Disponible en: www.medigraphic.com
6. Fundación española de endoscopia digestiva. FEED. Endoscopia gastrointestinal Española. Conceptos generales en el manejo del paciente con cuerpo extraño. [Internet]. Consultado 20/03/2020.Disponible en: www.aeed.org
7. Santiago García López, Kattalin Aspuru. Cuerpos extraños. Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. 2010. [Internet]. Consultado 4/03/2020. Disponible en: www.aegasro.es

8. Francisca Gómez García, Luis Margaix Margaix, Amparo Rubio Valverde y Rosa Zaragoza Gradoli. Unidad de Endoscopias del Hospital de la Ribera. Alzira. Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, Nº.91, 2010. [Internet]. Consultado 7/03/2020. (29)
Disponible en: www.docer.com.ar
9. Enriqueta Hernández Soto y Rafael Campo Fernández de los Ríos. Actuación de Enfermería en la endoscopia digestiva alta y terapéutica endoscópica de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Sabadell (Corporació Sanitaria Parc Taulí), Sabadell, Barcelona. Consultado 7/03/2020. (12)
Disponible en: www.aegastro.es
10. F.J. Montero Pérez. Manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. Centro de Salud "El Higuerón". Distrito Sanitario de Córdoba. Emergencias 2002. Consultado 10/03/2020. (8).

11. Mauricio González, Martín Gómez y William Otero. Cuerpos extraños en esófago. Revista Colombiana de Gastroenterología, vol. 21, núm. 3, julio-septiembre, 2006, pp. 150-161 Asociación Colombiana de Gastroenterología Bogotá, Colombia. Consultado 10/03/2020

12. Síntomas y causas del sangrado gastrointestinal. Complicaciones del sangrado gastrointestinal. [Internet]. Consultado 20/3/2020. Disponible en: www.mayoclinic.org.
13. F.J.Urrutia Sanzberro, M. Rodrigo Bañuelos, M. Pardo Fernández. Hemorragia digestiva alta. Servicio Navarro de Salud. [Internet]. Consultado 25/04/2020. Disponible en: www.cfnavarra.es
14. X. Calvet, M. Vergara y E. Brullet. Tratamiento endoscópico de la úlcera hemorrágica. Unidad de endoscopias digestivas. Hospital de Sabadell. Universidad Autónoma de Barcelona. [Internet]. 2005. Consultado 24/04/2020.
Disponible en: www.scienciedirect.com
15. MARTA GALLACH, XAVIER CALVET, ÁNGEL LANAS, FAUST FEU, JULIO PONCE, JAVIER P. GISBERT. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Servicio de Urgencias, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, España. [Internet[Consultado 28/04/2020. Disponible en: academia.edu

Capítulo 107

ENDOSCOPIA RESPIRATORIA/BRONCOSCOPIA DE URGENCIA

JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ

NIEVES SIERRA CEPEDA

LORENA PEREZ CRESPO

NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Existe una pieza clave para el correcto funcionamiento de la asistencia sanitaria hospitalaria. Esta pieza, a menudo desconocida por parte de los usuarios del sistema sanitario, es la figura de la enfermera "pull".
La figura de enfermería Pull, definida como personal polifacético, que no tienen asignación fija de unidad o servicio y dependen directamente de la Dirección de Enfermería, van rotando de un lugar a otro del hospital en función de las necesidades del servicio y de la organización del trabajo en cada momento pudiendo así pasar por hasta 3 o más servicios en un mismo turno. En cuanto a su función asistencial, pueden actuar en un rol de ayuda o en un rol de sustitución:
- En el rol de ayuda, asisten de manera complementaria al cuidado de pacientes, aplicación de tratamientos… en momentos de sobrecarga de trabajo, es decir,

ejercen de enfermera de refuerzo. En el Hospital General Nuestra Señora del Prado (HGNSP) de Talavera de la Reina este rol lo asume la Unidad de Apoyo, y dentro de ella la figura del Pull.

- En el rol de sustitución, realizan las funciones del profesional sustituido y se hacen cargo de aquellas personas que le correspondería a la enfermera ausente en ese turno. En el HGNSP este rol lo asume igualmente la Unidad de Apoyo con la diferenciación de que si la sustitución es programada la cubre la figura del Correturno y si es imprevista la cubre el Pull.

La broncoscopia es un procedimiento invasivo, consiste en la exploración directa de la laringe y del árbol traqueobronquial con un tubo largo, delgado y flexible, llamado broncoscopio. La vía de acceso puede ser nasal, oral, por tubo endotraqueal o por traqueotomía. Durante la realización de la broncoscopia, estará un médico, un enfermero y un auxiliar, siendo el médico el que la realiza, el enfermero el que le apoya y le ayuda a diferentes técnicas y el auxiliar nos suministrará material necesario y estará con el paciente en todo momento.

2 Objetivos

Dar a conocer la endoscopia respiratoria o broncoscopia de urgencia

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Lilacs, Enfispo, IME y Google académico. Decs enfermería y palabras claves roting, correturnos, pull y volante. Con ello se quiso situar al enfermero de esta unidad en el entramado organizativo y funcional diario del hospital y, averiguar si las funciones de estos profesionales eran las mismas en los distintos hospitales para así elaborar un protocolo pormenorizado de la actuación de este profesional en la unidad de broncoscopias.

4 Resultados

PREVIO A LA BRONCOSCOPIA:

- Explicar al paciente la técnica y que firme el consentimiento.
- Abrir hoja de registro de broncoscopia.
- Retirar prótesis dentales.
- Preguntar alergias y enfermedades previas.

• Confirmar el ayuno de 8 horas previo.
• Preparar gafas de oxigeno.
• Montaje de broncoscopio y aspirador de secreciones.
• Utilizar mascarilla de protección respiratoria hasta el final de la broncoscopia.
• Aplicar anestesia tópica (3 instilaciones por boca con 1 minuto de intervalo).
• Aplicar 2cc de lubricante anestésico en cada fosa nasal.

PREPARACION DEL PACIENTE
• En decúbito supino y semisentado.
• Valoración de signos vitales.
• Vía venosa para administración de fármacos.
• Administración de medicación preexploratoria por prescripción médica.

REALIZACIÓN DE LA BRONCOSCOPIA
• Lubricar el broncoscopio.
• Introducir lidocaína a través del canal de biopsia (4mm de lidocaína y resto de aire, a petición del neumólogo).
• En caso de instilar suero, la jeringa llevará 4cc y el resto, de aire.
• En caso de sangrado, se instilará 2cc de la dilución de adrenalina y el resto de aire.
• Vigilar saturación de oxígeno y estado general del paciente.
• Ayudar en la toma de muestras.

DESPUÉS DE LA BRONCOSCOPIA
• Comprobar constantes y estado general del paciente.
• Anotar en la hoja de registro la medicación administrada.
• Explicar al paciente las recomendaciones para después de la prueba.
• Clasificación e identificación de muestras.
• El paciente llevara oxigeno puesto a la unidad de hospitalización correspondiente, permaneciendo con suministro por lo menos una hora. Si mantiene buena saturación, se podrá suspender.
• El paciente no debe ingerir comida ni bebida durante las 3 horas siguientes a la prueba; no podrá conducir en las 24 horas siguiente.
• Avisarle que pueden aparecer dolor de cabeza o garganta, febrícula y emisión de sangre en pequeñas cantidades.

BRONCOSCOPIA TERAPÉUTICA
En caso de que el objetivo de la broncoscopia sea terapéutico, como la extracción de cuerpos extraños o extracción de secreciones, se procede igual que en

cualquier prueba diagnóstica. Se utilizarán pinzas para cuerpos extraños y, en caso de secreciones, la instilación de suero o mucolítico según orden médica.

TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA
El uso del fibroscopio para la traqueostomía percutánea aporta seguridad a la técnica. Permite verificar la posición intratraqueal de la guía y de la cánula. Al mismo tiempo, permite prevenir y diagnosticar complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

La elaboración de un protocolo con el cual se pretende disminuir los riesgos y los índices que dan lugar a error causado por el desconocimiento de los profesionales de enfermería en este tipo de técnicas y del uso de un material desconocido para un gran número de profesionales que no tienen habilidades en este sector o que quieren actualizar conceptos e ideas.
Estos riesgos son ejemplos de factores, tales como ansiedad ante una situación desconocida, inseguridad a la hora realizar este tipo de pruebas no comunes para muchos profesionales o incluso desconocimiento de la ubicación de los materiales necesarios para su realización o ante riesgos y complicaciones que puedan suceder durante su realización.

6 Bibliografía

1. MARTA GALLACH, XAVIER CALVET, ÁNGEL LANAS, FAUST FEU, JULIO PONCE, JAVIER P. GISBERT. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Servicio de Urgencias, Servicio de Otorrino, Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, España. [Internet[Consultado 27/08/2022. Disponible en: academia.edu

2. Santiago García López, Kattalin Aspuru. Cuerpos extraños. Servicio Otorrino, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. 2010. [Internet]. Consultado 27/09/2022. Disponible en: www.aegasro.es

Capítulo 108

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA SALUD AL PACIENTE

MARTA MARÍN RUIZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

LAURA FLORES DECHADO

1 Introducción

El personal de enfermería cumple diversas funciones en el sistema sanitario público. De sus diversas tareas hay algunas específicas que vienen a relacionarse con la atención al impacto en la salud del paciente. La finalidad del sistema sanitario público es el bienestar del paciente y su atención entre otras. En este sistema de apoyo al paciente por parte de la sanidad y a través de las distintas categorías de trabajadores se realizan funciones de relación con dicho bienestar. De las distintas categorías que hablamos el personal de enfermería cumple objetivos muy relacionados con la atención al paciente y en general al usuario. Respecto al impacto que ejerce el personal de enfermería en el paciente se relaciona con varias vertientes de estudio que vamos a enumerar a lo largo de este trabajo de investigación. Dicho personal viene a cubrir necesidades básicas de apoyo al sistema sanitario público y al propio paciente que es atendido por los enfermeros desde distintas vertientes de trabajo y funciones. Por último, en este apartado

mencionar que los enfermeros son una de la categoría profesional que más en contacto directo están con el paciente y son, por tanto, importantes de cara a su salud. Esto lo vamos a ver materializado en el apartado de resultados de este trabajo de investigación.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:
Analizar de manera general la importancia de que el sistema sanitario público fomente la salud del paciente.
Relacionar la salud del paciente con las funciones que ejerce el personal de enfermería en este espacio.

3 Metodología

Para este estudio nos hemos basado, por un lado, en bases de datos de relevancia para nuestro trabajo y de otro lado teniendo en cuenta que dichas fuentes fuesen fiables para así tener un criterio objetivo de trabajo. Las bases de datos usadas han sido variadas y van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer en primer lugar la importancia que tiene para el sistema sanitario público el fomentar que el paciente tenga una vida saludable a través de varios aspectos. Esto es debido a varias cuestiones siendo una importante y es que, si la población tiene hábitos saludables, el uso que se hace de la sanidad es mucho menor que si se descuidan esos aspectos. El sistema sanitario público realiza una gran inversión en atender las dolencias, enfermedades y otros de la población. Partiendo de estas premisas la sanidad desde hace algún tiempo cada vez hace más hincapié en fomentar una vida saludable a través de una alimentación equilibrada y sana. También se fomenta la vida saludable por medio de realizar deportes de manera continuada. No obstante, el sistema sanitario sabe que el tener una buena salud depende de muchas más cuestiones en las que algunas las puede controlar y otras no. El personal de enfermería es relevante en esta labor por varios motivos, pero el principal de ellos es porque

los enfermeros tienen tareas asignadas que van directamente relacionas con el fomento del bienestar y la salud del paciente. En este caso nos puede servir como ejemplo que el personal de enfermería informará a los pacientes como tratar de tener una buena salud y a través de qué medios. Si la salud del paciente que está tratando el personal de enfermería no es buena, dicho personal debe de explicarle que debe de mejorar para que la misma llegue a un estado favorable para el paciente. Puede hacerlo por ejemplo proporcionándole una tabla de cómo debe de alimentarse para a través de ello bajar el colesterol elevado.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones determinamos que para el sistema sanitario público es fundamental que el paciente esté lo mejor informado posible de cómo debe de cuidarse para estar mejor de salud. Por otro lado, hemos visualizado como para la sanidad pública es fundamental ayudar al paciente marcándole las directrices de cómo obtener una información de calidad, así como también lo es para el personal de enfermería. Dicha información va a ser la clave para que el paciente mejore su salud. Por último, hemos determinado que económicamente al sistema sanitario público le es más rentable formar a los pacientes en salud que atenderlos en la sanidad pública.

6 Bibliografía

Manual Práctico de Enfermería. Procesos, protocolos y procedimientos. Aspectos imprescindibles para el ejercicio de la profesión. 2020. Forcada J.A; Collado E. (Eds). Amazing Book

Capítulo 109

LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

MARTA MARÍN RUIZ

LAURA FLORES DECHADO

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

1 Introducción

En este apartado introductorio queremos exponer varias ideas iniciales siendo función de este espacio que nos sirva de premisa a la hora de desarrollar y valorar el trabajo de investigación que estamos abordando. En la sanidad pública además de atender a los pacientes el personal sanitario y el de gestión y servicios cuando en momentos determinados falta la salud y el usuario tiene que acceder a los servicios sanitarios, la sanidad debe de tener un cuerpo administrativo, de organización del centro y de registros lo suficientemente de peso como para prestar una atención básica y fundamental en la sanidad. Concretamente los registros nos darán una amplia información de qué situación tiene el paciente y en qué momentos determinados con qué variables podemos encontrarnos relacionadas con el paciente y teniendo en cuenta que en muchos de los casos lo va a realizar el personal de enfermería. Esto ocurre especialmente con los registros hospitalarios de enfermería. Los registros de enfermería son los documentos que dejan constancia de los cuidados que se le prestan al paciente. Dicha información puede ser de muchos tipos, pero casi todas aportan una información importante a los

sanitarios que van a tratar al paciente. De los distintos registros de enfermería hemos considerado relevantes aquellos que solo y exclusivamente son trabajados por los enfermeros.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:
Analizar de manera general la importancia de los registros de enfermería en la sanidad pública.
Relacionar la importancia de los registros de enfermería con las funciones que ejercen los enfermeros en relación con ellos.

3 Metodología

Para este estudio nos hemos basado, por un lado, en bases de datos de relevancia para nuestro trabajo y de otro lado teniendo en cuenta que dichas fuentes fuesen fiables para así tener un criterio objetivo de trabajo. Las bases de datos usadas han sido variadas y van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

De los resultados expuestos en este apartado del trabajo de investigación que tratamos vamos a desarrollar aquellos que nos han resultado más relevantes para la generalidad del mismo. En primer lugar, es interesante definir a qué idea concreta nos estamos refiriendo con registro de enfermería. Dichos registros dejan patente como los cuidados que se realizan al paciente deben de ser un medio para la coordinación del grupo de trabajo donde se facilite que dichos datos sigan teniendo una utilidad médica a través de dejarlos registrados para posteriores usos. De aplicación directa para los enfermeros puede ser cuando los mismos los usan para seguir la evolución de un tratamiento médico. O por ejemplo lo pueden continuar los enfermeros para comparar pruebas médicas siguiendo con ello un desarrollo en el tiempo que les permita a los mismos visualizar como es el seguimiento del paciente a lo largo del tiempo y a través de este registro de enfermería. Este seguimiento les va a permitir desde informar al facultativo médico de los cambios que se producen en el estado del enfermo, hasta ver la evolución

en la aplicación de tratamientos médicos. En estos registros mencionar que los mismos son parte fundamental del espacio de sanidad donde se encuentre el paciente, ya que ellos nos aportan datos de manera eficaz, continua en el tiempo y segura de que lo anotado es la veracidad del cuadro médico del que se ha dejado constancia. Los registros de enfermería pueden ser de distintos tipos en función de lo que esté valorando el enfermero y del protocolo del propio hospital, pero en cualquier caso están destinados de manera general a tener un registro del estado del paciente y con ello conseguir una ayuda futura para el mismo.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado vamos, por un lado, a concluir que el registro de enfermeros tiene una relación directa entre paciente y este personal sanitario. Esta relación queda más patente en el seguimiento que le hace el enfermero al paciente a través de dichos registros. Es importante concluir que el registro de enfermeros es una aportación importante también porque arroja información al resto del personal de la sanidad del estado del paciente y como se deja constancia del mismo en el registro. Por último, aludir a que otra de las finalidades de este tipo de registros es que se puedan usar a posteriori para adaptar, cambiar o simplemente seguir un tratamiento que haya determinado el personal médico.

6 Bibliografía

Sergio Galarreta Aperte Carlos Martín Gracia. Enferpedia. Técnicas y procedimientos de enfermería. Panamericana, 2018.
Robert S. Porter,Justin L. Kaplan. El Manual Merck. Panamericana. 2014

Capítulo 110

MANEJO DE LA LITIASIS RENAL EN URGENCIAS

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ANA PÉREZ PLAZA

GEMA MAGÁN CANO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

1 Introducción

El cólico renal supone una de las urgencias a nivel urológico más presentes en nuestra actualidad. Se calcula que en torno al 10% de las personas principalmente de raza caucásica padecen esta afección.
Su instauración viene dada debido a la presencia de cálculos renales, que son masas minerales en forma de cristales principalmente de oxalato cálcico (70-80%) presentes en la orina (proteínas y sales). Como consecuencia del desprendimiento de estos cálculos, se produce su liberación a los uréteres causando una obstrucción, la cual, conlleva la instauración de espasmos a nivel ureteral y aumento de la presión intrarrenal.
Esta patología prevalece en hombres y su edad de instauración se sitúa entre los 20 a 50 años, aunque su incidencia aumenta con los años por diferentes factores de riesgo situándose actualmente en España en 737 casos por cada 100.000 habitantes. Entre los principales factores destacan:

• Factores hereditarios y/o antecedentes personales
• Alteraciones producidas por los mecanismos de excreción renal
• Factores ambientales: mayor presencia en los meses cálidos y zonas áridas
• Hábitos que favorecen su aparición como el sedentarismo y la escasa ingesta hídrica

Esta patología cursa con la aparición de dolor agudo e intenso que se produce de forma brusca principalmente en la zona retrolumbar a veces acompañado de hematuria y de otros síntomas como náuseas y la aparición de vómitos, cefaleas y ansiedad. El principal interés radica en la incapacidad que produce esta sintomatología cuyo manejo debe ser rápido y eficaz. Existe diferentes tipos de actuación ya sea a nivel farmacológico o mediante técnicas utilizadas en los procesos de urgencia (mecánicos y/o quirúrgicos).

2 Objetivos

Tras el estudio de los siguientes artículos me he planteado los siguientes objetivos:

Un objetivo principal como es determinar el proceso de actuación en urgencias que se lleva a cabo por el equipo multidisciplinar

Un objetivo secundario como es conocer los diferentes tratamientos disponibles a nivel farmacológico y no farmacológico.

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de estudios que se centran en el manejo de la litiasis renal en el ámbito de las urgencias hospitalarias. Las bases de datos empleadas en la búsqueda fueron Pubmed, Google Académico y Scielo

Antes de realizar la búsqueda, se establecieron unos criterios de exclusión y de inclusión que han sido aplicados en todas las bases de datos. Estos criterios han sido los siguientes:

Criterios de inclusión:

· El diseño de los estudios seleccionados correspondía a ensayos clínicos o revisiones sistemáticas.
· Artículos publicados en castellano o en inglés.
· Artículos publicados entre 2010-2020

Criterios de exclusión:

· El diseño de los estudios seleccionados correspondía a estudios que no eran ensayos clínicos o revisiones sistemáticas.
· Artículos publicados en otros idiomas diferentes al castellano o inglés.
· Artículos publicados antes de 2010

4 Resultados

En este apartado se describen diferentes estudios realizados en hospitales procedentes de España, Chile y Perú. Entre ellos destaca la prevalencia en hombres frente a mujeres con una edad media de instauración de 30 a 50 años, principalmente con antecedentes previos de otras patologías a nivel urológico. Entre la sintomatología prevalente por la que los pacientes acuden destaca el dolor atípico, severo e intenso; molestias urinarias bajas como disuria y las náuseas en el 30% de los pacientes.
A su llegada al servicio de urgencias, se realizan pruebas de tira de orina y sedimento en la práctica totalidad de los pacientes incluyendo analítica sanguínea, observándose el empeoramiento de la función renal; se incluyeron técnicas de diagnóstico entre las que destacaron la radiografía de abdomen (80% de los casos) así como ecografía abdominal objetivándose en más de la mitad de los casos, la presencia de ectasia renal principalmente en hombres.
Entre los tratamientos empleados en el servicio se utilizaron métodos de analgesia mediante fluidoterapia endovenosa. Entre los principales destacaron la utilización de AINES y pirazolonas como el metamizol, así como la presencia de opioides entre los que destaca la morfina y codeína. También se utilizan diclofenaco y ketorolaco recomendados su aplicación en urgencias y post alta. Para paliar el cortejo vegetativo como náuseas se utilizaron antieméticos como la metoclopramida.

También se valoraron otros métodos no farmacológicos como fueron la aplicación de calor en la zona lumbar donde se demostró que su utilización fue sencilla y efectiva en el manejo del dolor.
En algunos pacientes fue necesaria la implantación de técnicas de eliminación extracorpórea siendo la litrotipsia extracorpórea o LEC (empleo de ondas de choque en un medio acuoso cuya actuación produce la rotura de los cálculos) así como la nefrolitectomía endoscópica flexible retrógrada las más empleadas hasta el momento.
En otro porcentaje los pacientes requirieron intervenciones quirúrgicas para la colocación de un sistema doble jota con el de conseguir la correcta eliminación

de la orina del riñón a la vejiga debido a la obstrucción causada en los uréteres. Estas intervenciones se realizaron de urgencia debido a que la retención de la orina en el riñón podría haber causado sepsis renal.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio de los diferentes artículos se puede derivar de la actuación en urgencias que:
El cólico renal es una urgencia urológica frecuente que requiere una rápida actuación y tratamiento debido al dolor severo y súbito que produce. Se ha visto que la mayoría de los episodios de litiasis son causados por obstrucciones ureterales por esos cálculos. Se observó que la mayoría de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias fueron hombres de mediana edad con antecedentes previos de episodios de litiasis renal. Su aparición prevalece en los meses cálidos debido a la mayor evapotranspiración producida y también por la falta de ingesta hídrica; cabe destacar que, en los estudios realizados en España, se observó que la composición de aguas duras con gran contenido de sales, estaría incluida como una causa de la formación de los cálculos. Así pacientes en tratamiento con diuréticos como la furosemida, también fueron propensos a la aparición de litiasis por la capacidad que tienen los antidiuréticos de asa para formar cálculos de oxalato cálcico.
El síntoma característico fue el dolor agudo de instauración brusca que fue acompañado de disuria y náuseas. El tratamiento farmacológico se basó en la utilización de analgesia principalmente de AINES y opiáceos. Se pudo observar que la elección de AINES fue el principal y más efectivo tratamiento farmacológico, ya que los opiáceos reducían el dolor, pero no la sintomatología inflamatoria. También se determinaron medidas no farmacológicas como pudo ser la aplicación de calor en la zona retrolumbar produciendo vasodilatación local y disminuyendo la sintomatología ureteral y renal.
Por último, cabe destacar que esta patología produce incapacidad debido a los síntomas que acompañan; por eso es necesario junto con el protocolo establecido, asegurar la utilización de guías clínicas para el correcto manejo de la sintomatología, así como elaborar y actualizar un protocolo de enfermería basado en la evidencia científica para su correcto abordaje.

6 Bibliografía

1. M.A. Aibar-Arregui1, M. Matía-Sanz1, R. P.-C. , M.J. Igúzquiza-Pellejero1, M. P. M.-F. , L. Clavel-Conget1, C. Gómez-Del Valle1, & F.J. Ruiz-Ruiz2, B. S.-B. (2010). Manejo del cólico renal en urgencias de un hospital de tercer nivel. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000300003&script=sci_arttext&tlng=en

2. Hermida Pérez, J. A., De, M., Paz Pérez Palmes, L., Francisco, J., Ferrer, L., Urdangarain, O. O., Buduen Nuñez, A., Carlos, A., & Navarro, F. L. (2010). CÓLICO NEFRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y ETIOPATOGÉNICO. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0004-06142010000300003&script=sci_arttext&tlng=pt

3. González, U. B., Carla Díaz, D. P., Martínez, M. O., & Moreno, A. v. (2013). Enfrentamiento del cólico renal en Urgencia. In Rev Hosp Clín Univ Chile (Vol. 25). www.redclinica.cl

4. Susaeta, R., Benavente, D., Marchant, F., & Gana, R. (2018). Diagnóstico y manejo de litiasis renales en adultos y niños. Revista Médica Clínica Las Condes, 29(2), 197–212. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.002

5. Taype-Huamaní, W., Ayala-Garcia, R., Rodriguez-Gonzales, R., & Amado-Tineo, J. (2020). Characteristics and evolution of patients with urinary lithiasis in a tertiary hospital emergency. Revista de La Facultad de Medicina Humana, 20(4), 608–613. https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2922

Capítulo 111

HEMATURIA Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ

PALOMA MORALES MORALEDA

ELENA LÓPEZ PEÑALVER

1 Introducción

La hematuria se trata de la presencia de sangre en la orina. Una de las patologías genitourinaria más consultadas en los servicios de urgencias es la hematuria.

Depende de la cantidad de glóbulos rojos presentes en la orina, la hematuria se puede clasificar en hematuria microscópica y hematuria macroscópica o franca en el caso de que sean muy abundantes.

En el trabajo que estamos realizando nos centraremos en la hematuria macroscópica o franca que es una de las patologías más consultada en el servicio de urología en urgencias sobre todo en pacientes por encima de los 65 años.

Existen numerosas causas de la hematuria como pueden ser: tumoral, por una infección de las vías urinarias, por toma de fármacos como pueden ser los medicamentos antiinflamatorios no esteroides, por una litiasis renal o incluso por causas hematológicas por ejemplo en un paciente anticoagulado, etc.
Una de las cosas que puede orientar al diagnóstico de la causa en una hematuria es la clínica asociada del paciente.

Además, a pesar de conocer la causa es necesario realizar una analítica sanguínea entre otras pruebas analíticas para saber si el paciente tiene anemia debido a la hematuria franca y esto supondría un proceso más grave.

2 Objetivos

En este trabajo nos hemos planteado un único objetivo que es:
- Conocer el papel de la enfermera ante un paciente con hematuria franca en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en el mes de septiembre del 2022. Para ello se ha buscado en diferentes revistas científicas online, y en base de datos tanto nacionales como internacionales de ciencias de la salud. Entre las bases de datos nos encontramos con: Pubmed, CINAHL, Cochrane, Scielo, etc.
Los criterios de inclusión han sido: artículos en español o en inglés, artículos no muy antiguos y que contengan las palabras clave.
Palabras clave como: hematuria franca, sondaje vesical permanente de tres luces, cuidados de enfermería.

4 Resultados

Ante la presencia de un paciente en el servicio de urgencias con hematuria la enfermera en primer lugar y tras hacer una anamnesis procederá a colocar una sonda vesical de tres luces y de gran calibre. En la bibliografía revisada, algunos autores afirman que el grosor de la sonda vesical para el tratamiento de la hematuria debe ser al menos de 20 ch.

Una vez que la sonda vesical está conectada a bolsa, se comprobará la permeabilidad de la sonda. Si no está permeable realizaremos un lavado manual para extraer cualquier coágulo existente y así retomar dicha permeabilidad. Una vez conseguido esto, se conectará la sonda vesical a una bolsa de 3 litros de suero salino para obtener un lavado continuo. Así hasta conseguir una orina clara.

Lo que conseguimos con el lavado vesical continuo es que el suero salino entre en la vejiga arrastrando cualquier pequeño coágulo o sangre hacia el exterior. De

esta forma el paciente se encontrará mejor, aliviando así el malestar que pudiera tener.

Debemos mantener el ritmo de lavado continuo dependiendo del color de orina de salida. Aunque, no debemos olvidar que es necesario también revisar el sistema colector de orina, en nuestro caso la bolsa de salida conectada a la sonda para ver si la vejiga está drenando a igual velocidad que le entra. Ya que en caso de que esto no fuera así, el dolor o incomodidad para el paciente sería mayor y nos daría una pista de que la sonda vesical se ha vuelto a obstruir con algún coágulo.

También hay que limitar las interrupciones en el lavado. Hay que educar al propio paciente si fuera posible o a la familia de que en caso de que se acabe la bolsa de suero lavador es importante que avise a la enfermera para evitar todas las interrupciones posibles.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a las conclusiones de este trabajo, nos hemos encontrado que la mayor parte de la bibliografía consultada coincide en los siguientes puntos:
- Hemos comprobado que el manejo que se realiza en urgencias ante una hematuria franca coincide con las recomendaciones observadas en la bibliografía científica analizada.
- La enfermera debe estar entrenada y capacitada para realizar un sondaje vesical en este tipo de urgencias. Además de empatizar con el paciente al que se le va a colocar dicha sonda y de tratar el dolor al que está siendo sometido.
- La consulta por hematuria en urgencias es una de las patologías más consultadas en el servicio de urología.

6 Bibliografía

1. Hernández Romero B, Álvarez Alonso R, Jiménez Tutor MI, Pérez Origüen MO, Gallego Hernández A, Uriel alvo MP. Diseño de un timbre avisador previo a la finalización de la irrigación vesical. ENFURO: Rev. Asoc. Esp. ATS Urol, 2017, 27-29.
2. Fogazzi G, B, Ponticelli C: Microscopic Hematuria Diagnosis and Management. Nephron 1996;72:125-134. doi: 10.1159/000188830.

3. Sen A, Larson JS, Kashani KB, Libricz SL, Patel BM, Guru PK, Alwardt CM, Pajaro O, Farmer JC. Mechanical circulatory assist devices: a primer for critical care and emergency physicians. Crit Care. 2016 Jun 25;20(1):153. doi: 10.1186/s13054-016-1328-z. PMID: 27342573; PMCID: PMC4921031.

Capítulo 112

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL. POSIBLES COMPLICACIONES

LORENA PEREZ CRESPO

DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ

JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ

NIEVES SIERRA CEPEDA

1 Introducción

La intubación endotraqueal es la técnica de elección para lograr el aislamiento definitivo y la apertura de la vía aérea de un paciente, asegurando así además de su aislamiento, la protección e impedimento del paso al árbol bronquial de cuerpos extraños. Esta técnica además, facilita la aspiración de secreciones y la ventilación artificial, y es una vía de acceso rápido para la administración de medicamentos previo a conseguir un acceso venoso.
Constituye la forma de menor riesgo a la hora de manejar la vía aérea. Los servicios donde más se usa la intubación orotraqueal son quirófano, urgencias, servicios de emergencias extrahospitalarias y unidades de cuidados intensivos, y su personal responsable tiene que estar debidamente formado previamente sobre las

correspondientes técnicas y protocolos de actuación. De no ser posible la presencia en una intubación de personal entrenado, una alternativa adecuada sería un dispositivo supraglótico (tubo laríngeo, mascarilla laríngea, etc).
Las complicaciones más habituales que pueden surgir durante la realización de este procedimiento son las alteraciones respiratorias y hemodinámicas.
Entre los factores que desencadenan su aparición, son de gran importancia los intrínsecos del paciente, los conocimientos farmacológicos del personal que ejecuta la técnica, su experiencia y de las circunstancias previas a la intubación.

2 Objetivos

- Conocer el material necesario para la intubación.
- Describir los diferentes pasos que deben seguir los profesionales de enfermería durante la técnica y el proceso de extubación.
- Detallar en qué consiste el papel de la enfermería dentro del equipo multidisciplinar a la hora de realizar una intubación.
- Enumerar en qué consisten las complicaciones que pueden surgir durante y después de la intubación.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se escogió como metodología la revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda exhaustiva de información en los buscadores PudMEd, Scielo, CUIDENplus, Schoolar Google, Elseiver, LILACS, ENFISPO, utilizando como palabras clave: Intubación endotraqueal (Endotracheal intubation), técnica de enfermería de intubación (nursing technique for intubation), material intubación
(intubation materials), intubación orotraqueal (orotracheal intubation), ventilación mecánica (mechanic ventilation), complicaciones de la intubación (intubation complications); prestando atención únicamente a los artículos escritos en idioma inglés o castellano, y descartando así el resto de idiomas desconocidos para los autores.
También se excluyeron aquellos documentos que solo tenían acceso libre permitido al resumen y los obtenidos de fuentes no fiables.

4 Resultados

MATERIAL NECESARIO PARA LA INTUBACIÓN Y PASOS A SEGUIR:
Sobre un paño estéril colocaremos todo el material. Examinaremos el material que vamos a utilizar: debemos comprobar el laringoscopio y el tubo endotraqueal prestando especial atención a la presión del balón de neumotaponamiento.
Colocaremos al paciente en posición de decúbito supino y su cuello en hiperextensión.
Examinaremos la cavidad bucal por si fuera necesario aspirar alguna secreción, retirar algún cuerpo extraño o incluso prótesis dental si la tuviera. Normalmente es el médico el que se encarga de realizar la intubación y este se coloca en la parte posterior de la cama, detrás de la cabeza del paciente.
A través de una mascarilla Venturi, reservorio, bolsa de reanimación, cánula, balón auto-hinchable tipo ambú, etc., cualquiera de ellos conectado a una fuente de oxígeno ventilaremos y preoxigenaremos al paciente.
Se introduce el laringoscopio por el lado derecho de la boca del paciente sujetándolo con la mano izquierda y apartando la lengua hacia el lado con el objetivo de localizar la epiglotis, ya sea hacia arriba en las palas curvas para visualizar la epiglotis por debajo o presionando la lengua si esta fuera plana. Con mucho cuidado de no impactar ni ejercer presión sobre los dientes procedemos a traccionar hacia delante y hacia arriba para visualizar las cuerdas vocales. Una vez que las tengamos localizadas insertaremos el tubo sujeto con la mano derecha y lo progresamos a través de ellas hasta que el balón de neumotaponamiento las haya sobrepasado. En algunas ocasiones resulta más sencilla la técnica utilizando un fiador que va insertando por dentro del tubo sin sobresalir de su extremo distal.
Posteriormente inflaremos el balón con aproximadamente 8-10cc de aire ayudándonos de una jeringa, se ventila al paciente, se vigila la clínica, se comprueba la correcta colocación en la tráquea y por tanto que ambos pulmones están correctamente oxigenados mediante auscultación con un fonendoscopio. El siguiente paso, necesario siempre también, es realizar una radiografía de control de la colocación del tubo. También es posible su monitorización mediante capnografía de CO2 en espiración. Una vez que todas estas comprobaciones estén hechas procederemos a fijar el tubo alrededor de la cabeza del paciente con una cinta.
EXTUBACIÓN:
La extubación esta asociada a la fase de destete de la ventilación mecánica, es el último paso en el cual se retira el tubo endotraqueal siempre y cuando las circunstancias de paciente lo permiten. Cuando está planificada la extubación pero resulta necesaria la reintubación en las primeras 24-72h se considera un

intento fallido que ocurre en aproximadamente el 2-25% de los pacientes y trae consecuencias desfavorables como incremento de mortalidad y de los casos de neumonías, alargamiento de los tiempos de ingreso en servicios como la UCI y como consecuencia de esto mayor número de traqueostomías.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA DENTRO DE EL EQUIPO:

La enfermería juega un papel importante y fundamental en este proceso, ya que asiste al médico en todo momento. Lo primero que se hace es calibrar el respirador y comprobar que el aspirador, las tomas de oxígeno y las de aire funcionan correctamente. Acto seguido prepararía la medicación y material necesarios para la intubación y colocaría a mano el carro de paradas preparado para cualquier decisión posterior o imprevisto. Una vez realizada la intubación los cuidados del profesional de enfermería en el paciente con ventilación mecánica son de vital importancia.

COMPLICACIONES:

COMPLICACIONES QUE PUEDEN SURGIR EN UN PACIENTE CON TUBO ENDOTRAQUEAL:

- Broncoespasmo
- Extubación accidental
- Erosiones y/o UPP en los labios y comisura de la boca.
- Tubo traqueal desplazado (que no ha salido completamente) pudiendo provocar fugas de aire y si se alarga en el tiempo podría producir la hipoventilación alveolar del paciente
- Tubo acodado u obstruido total o parcialmente
- Intubación endobronquial poniendo en riesgo principalmente de atelectasia.
- Hemorragia

COMPLICACIONES TRAS EXTUBACION O INTUBACION PROLONGADA:

Dependen, entre otros de los factores que se enumeran a continuación:

- Septicemia
- Características del tubo orotraqueal.
- Duración del periodo de tiempo intubado el paciente
- Alteraciones de la mucosa
- Hipoperfusión en paciente hipotenso.
- Enfermedades crónicas o coexistentes.
- Estado metabólico y nutricional del enfermo.
- Mantener la presión del globo por encima de 30mm Hg
- Presencia de sondaje nasogástrico, orogástrico, etc. (riesgo de reflujo)
- Zona cervical con movilidad deficiente.
- Mala colocación del tubo por movilización no intencionada o accidental

- Estado de conciencia
- Tubo mal tolerado por parte del paciente
- Incompetencia laríngea, estridor laríngeo, disfonía
- Disnea
- Paresia de cuerda vocal unilateral y granulomas.

Algunas complicaciones, principalmente las que aparecen de manera tardía podrían precisar tratamiento quirúrgico y/o médico y algunos ejemplos de estas serían, destrucción completa de la membrana basal, lesiones/ulceraciones extensas y profundas, algunas que podrían presentan incluso necrosis isquémica, suelen darse en intubaciones de más de 10 horas. Las de menor tiempo podrían presentar lesiones del tipo ruptura del epitelio, necrosis no inflamatoria en la lámina cricoidea posterior o en los procesos vocales, entre otras.

Las complicaciones más graves que pueden ocurrir en este tipo de pacientes es el edema subglótico y la estenosis supraglótica, esta última podría confundirse con asma inicialmente y tratarse, por tanto, de forma equivocada.

Aquellos casos de intubación prologada pueden desencadenar infecciones como por ejemplo neumonías, traqueobronquitis, etc.

5 Discusión-Conclusión

Con el paso del tiempo el procedimiento de intubar se ha ido modificando para llegar a convertirse en la técnica eficaz, segura e ideal para aislar la vía aérea, y protegerla de la mejor manera posible.

Existen alternativas para intubaciones complicadas, sencillas de utilizar y con riesgo muy bajo de complicaciones como la mascarilla laríngea.

El papel de la enfermería es fundamental y consiste principalmente asegurar un procedimiento sin complicaciones ni imprevistos, mediante la comprobación de todo el material necesario, que esté accesible para el equipo y en condiciones óptimas, asistir al médico en todo momento, si fuera necesario realizar aspiración de secreciones en algún momento, calibrar el respirador que se vaya a utilizar para la ventilación asistida del paciente, etc.

Las complicaciones posteriores a la intubación están relacionadas con el uso prolongado de tubos orotraqueales con balón de neumotaponamiento, siendo una de las complicaciones más graves la estenosis traqueal.

En la neumonía nosocomial, la ventilación mecánica y la intubación endotraqueal, son dos de los factores relacionados de mayor importancia.

6 Bibliografía

1. L. Rodriguez, E. Sanchez, E. Barroso. Cuidados de Enfermería en la intubación endotraqueal. Rev. Med. Port. Med. 2019

2. M. Otero Palleiro, C. Barbagelata López. Intubación endotraqueal. FMC. Vol. 13. Núm. 8. páginas 453-454

3. M. Badia, N. Montserrat, L. Serviá, I. Baeza, G. Bello, J. Vilanova, et al. Complicaciones graves en la intubación orotraqueal en cuidados intensivos: estudio observacional y análisis de factores de riesgo. Med. Int. 2019; Vol. 39. Núm. 1. páginas 26-33.

4. Quintero IF, Salamanca N, Cabrera R, Castañeda MI. Intubación Orotraqueal en urgencias. Rev. Fac. Cien. Salud. Univ. Cauca. 2007. Vol 9; número 3.

5. Coloma O. Ramón, Álvarez A. Juan Pablo. Manejo avanzado de la vía aérea. Rev. Med. Clin. Las Cond. Vol. 22. Núm. 3. pág 270-279.

6. Alba Suarez JA, Almagro Gonzalez V, Alonso Sanchez MM, Alvarez Perez C, Barra Elgueta C, Belanger Quintana D et al. Samur – Protección civil. Manual de procedimientos. 2018. Páginas 397-399

7. Zamora P. Complicaciones de intubación translaríngea prolongada. Rev Med Cos Ric. 2013. Vol 605. páginas 25-29.

8. J. R. Almarales, M.Á. Saavedra, Ó. Salcedo, D. W. Romano, J. F. Morales, C. A. Quijano, et al. Inducción de secuencia rápida para intubación orotraqueal en Urgencias. SciDi. 2019; Volume 25, Issue 4, October–December 2016, Pages 210-218.

9. Kabrhel C, Thomsen TW, Setnik GS, et al. ¿Como se hace? Intubación orotraqueal. Massachusetts General Hospital, Boston; Mount Auburn Hospital, Cambridge, MA; Brigham and Women's Hospital, Boston; Division of Emergency Medicine, Harvard Medical School. N Engl J Med 2007;356: e15. Orotracheal Intubation

10. L. Rodriguez, E. Sanchez, E. Barroso. Cuidados de Enfermería en la intubación endotraqueal. Rev. Med. Port. Med. 2019.

11. Valderrama MC, Caballero A, Arroyo J. Capítulo 1: Parada cardiorrespiratoria. Soporte vital básico. Soporte vital avanzado. Soporte vital pediátrico. FMC. Vol. 3, núm S1; páginas 2-11.

Capítulo 113

CUIDADOS DE ENFERMERIA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN URGENCIAS

MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU

ANA CASTRO FERNÁNDEZ

ANTONIO ORTIZ MUÑOZ

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

LILIANA TEODORA CATANA GALU

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un aumento de las enfermedades respiratorias. Las perspectivas futuras indican que factores como el aumento de la urbanización, los estilos de vida occidentales, el cambio climático y otros factores ambientales conducirán a un aumento de la morbilidad y la mortalidad por diabetes. Entre las condiciones atendidas en el servicio de urgencias, las que representan insuficiencia respiratoria fueron las más frecuentes. Este

El año pasado, gracias a la COVID-19, vimos de primera mano cómo la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) ha demostrado ser beneficiosa para tratar y estabilizar a los pacientes entre la oxigenoterapia convencional y la intubación. La

historia de la ventilación no invasiva se remonta a más de 100 años, pero no fue hasta 1987 que se inició la llamada ventilación no invasiva moderna. . La VMNI debe utilizarse precoz y sistemáticamente. Esta es la razón por
El servicio de urgencias es el área clínica que cumple sus condiciones de uso ya que suele ser el primer punto de contacto de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, tanto hipóxicos como hipercápnicos. Su finalidad es mejorar el intercambio gaseoso. La aplicación de presión positiva en las vías respiratorias durante la espiración promueve el reclutamiento alveolar. Esta condición obliga a los músculos respiratorios a descansar, lo que resulta en una disminución del consumo de oxígeno. Estos beneficios se consiguen sin necesidad de técnicas invasivas, manteniendo intacta la vía aérea y reduciendo así el riesgo de posibles complicaciones de la ventilación invasiva como neumonía, edema laríngeo y trauma cerrado, daño a la mucosa respiratoria, y colonización bacteriana, entre otras. complicaciones Los beneficios de la VMNI solo pueden lograrse si el método es efectivo.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería de los pacientes con Ventilación Mecánica No Invasiva.
- Conocer las indicaciones y contraindicaciones de la VMNI
- Conocer los conceptos básicos de la ventilación mecánica no invasiva para su manejo.

3 Metodología

El método que utilizamos para desarrollar este capítulo fue revisar la bibliografía existente en la literatura científica. Se realizaron búsquedas sistemáticas de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden, Google Scholar y revistas electrónicas como Scielo y Elservier. La búsqueda se centró en encontrar artículos y libros especializados en el tema para comparar su contenido y obtener la mejor evidencia científica en español e inglés en texto completo. El período de búsqueda se limita a los últimos quince años. Palabras clave de búsqueda: ventilación pulmonar no invasiva, enfermería, enfermería.

4 Resultados

El cuidado de enfermería de los pacientes con VMNI es fundamental porque establecer una VMNI no es un procedimiento fácil ni simple y requiere un tiempo considerable de enfermería. El papel de la enfermera es fundamental tanto en el manejo de la técnica como en el manejo de los pacientes expuestos a ella. Esto requiere el conocimiento de la fisiología subyacente a esta técnica y capacitación en el uso de la VMNI: indicaciones y contraindicaciones, preparación y uso seguro del dispositivo, y la capacidad de detectar complicaciones que puedan ocurrir durante el uso del dispositivo. . Los cuidados de enfermería se pueden dividir en tres fases:

PERO. Antes de iniciar VMNI. B. En VMNI. SON DE. Po VMNI. UNA. Atención de VMNI. La mayoría de los pacientes se encuentran en la fase aguda de la enfermedad, son dependientes, atentos en las primeras horas. Por tanto, la enfermera, además de dominar la recepción, también debe ser capaz de orientar al paciente en un estado de ansiedad, miedo, excitación, etc. - Mantener una relación cercana con el paciente, generando confianza en el mismo. Infórmele del procedimiento (según el nivel sociocultural) y resalte la importancia de su colaboración. - Posición del paciente: posición 45 a 90 (posición Fowler). Para facilitar la respiración mecánica, reducir el riesgo de aspiración y obtener más volumen. También debe evitar inclinar la cabeza hacia el pecho, así como la presión arterial alta. El uso de la oxigenoterapia durante la preparación de la VMNI. - Monitorear y registrar los signos vitales. FR, FC, TA, Sato2, T. - Drenaje venoso periférico. - Preparar materiales: instalar tuberías, conectar oxígeno, conectar energía…

- Selección de mascarillas: Hay muchos tipos diferentes de mascarillas, las más comunes son las mascarillas nasales y la mascarilla es la más adecuada. Mida el tamaño de máscara más adecuado para el paciente En caso de duda, elija siempre el tamaño más pequeño ya que una máscara más grande aumentará el espacio muerto. Evitar una presión excesiva sobre el rostro, proteger las mucosas con pomadas hidratantes, AHCO, apósitos hidrocoloides. - Enmascaramiento: realizado siempre con el ventilador encendido, por dos personas, un paciente a cada lado. Ajuste el cinturón de seguridad. Al ajustar la correa inferior, se deben insertar uno o dos dedos entre el arnés y la piel del paciente. Porque la NIMV tiene fugas. Revise el sistema en busca de fugas, generalmente alrededor de los ojos, alrededor de la nariz y la boca. Suele haber consentimiento.

117 de acuerdo con la tasa de fuga permitida, que es de 7-25 l/min. b. Cuidados de enfermería durante la VMNI. Las primeras horas después de la creación son críticas para el éxito de la técnica. Un síntoma de una buena respuesta a NIVI es una

disminución de la frecuencia respiratoria por debajo de 25 rpm, una disminución de la disnea y del trabajo respiratorio, y una mejora en la medición de gases en sangre. - Asegúrate de que todo funcione correctamente. - Limpiar la mascarilla, cambiar el filtro cada 24 horas y evitar la condensación en los tubos si se utiliza un humidificador. - Comprobar la válvula de aspiración. - Mantener y corregir la postura del paciente. - Si es necesario, ajuste la máscara. - Esforzarse por mantener una comunicación adecuada con el paciente para reducir la ansiedad y facilitar la cooperación. - Evaluación continua del estado del paciente. Seguimiento continuo, nivel de conciencia, cianosis, signos de flatulencia. - Proporcionar en la medida de lo posible condiciones confortables que favorezcan el descanso y el sueño. - Proporciona una nutrición completa para todas las ocasiones. Trate de mantener el tiempo de apagado lo más corto posible. - Evitar las úlceras por presión: tener cuidado con las zonas de mayor rozamiento provocadas por arneses o mascarillas. - Controlar la función de goteo y prevenir la conjuntivitis con lágrimas artificiales o pomada ocular epitelial. - Humedecer las mucosas con queroseno, pomada hidratante, si es posible dejar por la boca. - Observar y controlar las alarmas, si se puede corregir la causa, avisar al médico si es necesario. C. Cuidado cariñoso y cariñoso durante el destete de la VMNI. La interrupción de la VMNI es un proceso mediante el cual el paciente recupera la capacidad de ventilar de forma espontánea y eficaz. Por lo general, la dificultad para respirar y las molestias desaparecen en poco tiempo, pero la mejoría de los gases sanguíneos no suele ser tan rápida como la corrección de la acidosis y la hipercapnia, que dura varias horas. Este proceso suele ser gradual, inicialmente con una duración corta que se prolongará a medida que el paciente crezca. - Explicar al paciente el procedimiento a seguir para prepararlo e insistir en que coopere.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destancandonque no es una técnica invasiva, mejora el intercambio gaseoso favoreciendo el reclutamiento alveolar, proporciona un descanso a la musculatura respiratoria y por consiguiente una disminución del consumo del O2.

Para obtener los máximos beneficios de la VMNI hay que contar con los recursos humanos y técnicos así como la formación, dedicación y disponibilidad del personal que aplica al soporte respiratorio La formación de enfermería tiene relación directa con los resultados en la seguridad del paciente, su educación sanitaria y el seguimiento unificado de los cuidados en estos pacientes lleva a mejorar la calidad de vida y la supervivencia.

6 Bibliografía

1. Díaz Lobato S, Mayoralas Alises S, Montiel G. Ventilación mecánica no invasiva en la agudización de las enfermedades respiratorias. Med Clin (Barc). 2011; 137:691–6

2. Echave-Sustaeta J, Comeche Casanova L, García Luján R, Sayas Catalán J, Gómez de la Cámara A, López Encuentra A. Pronóstico tras una agudización grave de la EPOC tratada con ventilación mecánica no invasiva. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 405-10.

Capítulo 114

ENFERMERÍA Y LOS EFECTOS DE LA DIETA SOBRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU

ANA CASTRO FERNÁNDEZ

ANTONIO ORTIZ MUÑOZ

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

LILIANA TEODORA CATANA GALU

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud señala a las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de morbilidad y de mortalidad a nivel mundial.
Desde hace unas décadas, la tasa de mortalidad por estas enfermedades ha aumentado, en la mayoría de los casos debido a problemas en la alimentación, que es cada vez más desequilibrada y más rica en grasas saturadas. Sin embargo, gracias a los avances en materias de prevención, este número se va reduciendo cada vez más.
Algunas de estas enfermedades que se desarrollan con mayor frecuencia son las siguientes: enfermedad arterial coronaria (patología de las arterias del corazón en la que se disminuye el aporte de oxígeno por una estenosis o un endurecimiento de las paredes), enfermedades cerebrovasculares (ICTUS o ACVA, su causa más

frecuente es la arteriosclerosis), enfermedad vascular periférica, arteriosclerosis (principalmente se produce en las arterias coronarias, cerebrales y la aorta; se produce por una acumulación y formación de placas arteriales calcificadas)
En general, las enfermedades cardiovasculares llevan asociados una serie de factores de riesgo (tanto intrínsecos como extrínsecos) que pueden aumentar la probabilidad de que un individuo padezca alguna de ellas. Entre los factores encontramos: factores genéticos, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, colesterol LDL alto.

2 Objetivos

Conocer como personal de enfermería los efectos que puede generar la dieta sobre una enfermedad cardiovascular, como parte de nuestra formación básica y nuestro desarrollo profesional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los componentes de la dieta que tienen un efecto importante en las enfermedades cardiovasculares son ricas en grasa, principalmente en colesterol, grasas trans y sidratados de ácidos grasos.
A continuación, se procesa el efecto sobre los nutrientes en colesterol total (CT) y colesterol LDL (C-LDL): -CO-Polleterolor: el colesterol de alimentos favorece el aumento en las concentraciones séricas de CT y C-LDL.
-Gratas: muchas personas creen que al disminuir la ingesta total de grasa va a reducir las concentraciones séricas de CT y C-LDL.
Esto es cierto, pero solo si lo que se reduce es la ingesta de grasas saturadas, ya que las insaturadas tienen efecto cardioprotector (de ahí la importancia de su consumo).

-Atas saturadas: aquellos que plantean el CT y el C-LDL son el sombrero largo de la cadena de satén, es decir, aquellos que tienen más de 12 átomos de carbono en su composición y carecen de enlaces de doble.
Entre los más importantes, los lauric, místicos y palmitico.0a de la monoesinaturada del oleuro se destacan: tiene un efecto enfrentado a las grasas saturadas.
Este tipo de AG reduce significativamente los niveles de plasma de CT y C-LDL y, con él, el riesgo de una patología coronaria.
-A Polinninstura LINOLÉICO: El consumo de este tipo de AG tiene el mismo efecto que el consumo de ácido oleico, es decir, reduce los niveles de colesterol.
-Sag: tienen un efecto de ascensor en los niveles séricos de CT y C-LDL, por lo que aumentan el riesgo de enfermedades arterioscleróticas de pañuelo.
-FinO FOOD: en particular, la fibra soluble ingerida en cantidades importantes tiene un efecto de reducción del CT y C-LDL.
Además, tiene otro efecto favorable y es que proporciona sentido sobre la saciedad, por lo que es muy beneficioso para las personas que tienen obesidad.
-Proteins: se recomienda el consumo de proteína o planta, ya que tiene un efecto colesterógeno más bajo que el de origen animal.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo anteriormente citado, es importante que los pacientes que presenten factores de riesgo cardiovascular o, incluso, que ya hayan desarrollado la enfermedad, sigan una serie de pautas para evitar, o bien el establecimiento de la enfermedad, o bien la progresión de la misma:
-Cumplir tanto con el tratamiento farmacológico indicado por el médico como con el tratamiento nutricional indicado por el especialista.
-Aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas, así como de alimentos integrales.
-Reducir el consumo de productos que tengan un alto contenido en grasas saturadas y grasas trans, tales como bollería industrial, manteca, etcétera.
-Usar preferentemente como grasa para el cocinado el aceite de oliva virgen extra.
-Evitar el consumo de zumos muy azucarados, bebidas gaseosas o alcohol.
-Evitar algunas formas de cocinado como el frito o el rebozado y sustituirlas por la plancha, el vapor o el horneado.
Evitar usar grandes cantidades de sal y sustituirla por condimentos y especias para que aporten sabor a las comidas.
-Acompañar todas estas acciones con la realización de actividad física y una abundante ingesta de agua.

Es importante mantener una adecuada formación y actualización sobre la influencia de la dieta en pacientes con enfermedad cardiovascular por parte del personal de enfermería.

6 Bibliografía

1- ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?- OMS- disponible en https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/.
2- Qué es la enfermedad cardiovascular- Medline Plus- disponible en https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm.
3- Dieta para prevenir enfermedades cardiovasculares- sanitas- disponible en https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/bibliotecadesalud/tercera-edad/alimentacion/dieta-cardiovascular.html.
4- Dieta saludable para el corazón: 8 pasos para prevenir enfermedades del corazón- MAYO CLINIC- disponible en https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-disease/in-depth/heart-healthy-diet/art-20047702.

Capítulo 115

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD SEXUAL ADOLESCENTE

MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU

ANA CASTRO FERNÁNDEZ

ANTONIO ORTIZ MUÑOZ

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

LILIANA TEODORA CATANA GALU

1 Introducción

La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se expresan o experimentan. La sexualidad está influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, étnicos, legales, históricos, religiosos y espirituales".

A la hora de hablar de sexualidad, también se debe mencionar la salud sexual, que se define por la OMS como "la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor".

La adolescencia, que es un periodo comprendido entre la niñez y la edad adulta, se corresponde con una de las etapas donde la sexualidad tiene un papel principal.

Con la adolescencia llegan los primeros contactos con el sexo, donde se hace relevante la educación para la salud ejercida por profesionales.
Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) enfermedades infecciosas que suelen transmitirse de individuo en individuo por contacto sexual (Sexo anal, vaginal u oral). En algunas ocasiones también se transmiten mediante medios no sexuales como transfusiones de sangre, trasplantes de órganos y mediante transmisión vertical, de madre a hijo durante el embarazo.
La tasa de embarazo durante la adolescencia ha disminuido a nivel mundial mientras que el contagio por enfermedades de transmisión sexual (ETS) sigue aumentando en la última época. Estas preocupaciones de salud pública se encuentran relacionadas con la educación sexual.
La educación sexual puede ser llevada acabo por profesores formados en la materia, apoyados en profesionales como enfermeras, matronas, psicólogos, etc. La educación sexual se basa en la igualdad de género, en la libre determinación y en la aceptación de la diversidad.
En lo que respecta a la enfermería, la educación sexual será impartida en familias, individuos y comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

2 Objetivos

-Conocer las intervenciones de enfermería en la educación sexual de los adolescentes.
-Exponer el efecto que produce la educación sexual en la etapa de adolescencia.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos: PubMed, Scielo España, Cuiden y Dialnet. Se han obtenido varios artículos científicos relacionados con el tema a revisar. Para la obtención de dichos resultados he utilizado palabras clave como “adolescente”, “nurse AND sex education” “adoslescent AND nurse AND sex education”.

4 Resultados

La adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años.

Durante esta etapa ocurren grandes cambios a nivel biológico, psicológico y social procedentes de la actuación de las hormonas en la maduración.
Relacionados con el riesgo de contraer una ETS, obtenemos una serie de factores donde se encuentran el mantener relaciones sexuales con personas que tengan una ETS, no utilizar preservativo de manera habitual, antecedentes de ETS, relaciones sexuales con el entorno de la prostitución, nueva pareja en los últimos seis meses, consumo de drogas y/o alcohol relacionado con el ámbito sexual.
Dentro de las ETS existen algunas mas prevalentes en la sociedad y estas son: la gonorrea, la sífilis, la chlamydiasis, la tricomoniasis y la infección por VIH.
Como toda enfermedad, las ETS producen consecuencias. Al tratarse de una infección puede ser tratada sin llegar a la cronificación de esta, pero en algunos casos lo que sucede con el tratamiento es la resistencia del organismo a los antibióticos que dificulta la curación de otras posibles lesiones. El contagio por ETS produce en el organismo problemas físicos agudos e incluso la infertilidad. También conlleva a problemas psicológicos, como en el caso del VIH, que complica las relaciones y el desarrollo de la persona.
Desde el punto de vista de enfermería, la educación sexual es un punto difícil de tratar estos individuos rara vez acuden a consulta de enfermería, y en cuando acuden es complicado el trato de este tipo de temas. Por eso, deben utilizarse otro tipo de métodos con el fin de llegar a esta población, como puede ser la escuela, talleres, etc.
En la escuela, los profesores pueden abarcar el tema de la sexualidad con sus alumnos, ya que el adolescente se sentirá mas confiado al conocer a la persona que trate el tema. En algunas ocasiones, se realizan talleres en el ámbito escolar impartidos por profesionales de la salud, expertos en sexología, quienes tienen gran conocimiento sobre la sexualidad y ofrecerá información adecuada a la población adolescente.
Los adolescentes son un grupo de población difícil. Durante este periodo de edad comienzan los primeros contactos con la sexualidad e incluso algunos ya han llevado a acabo sus primeras relaciones sexuales. Esto dificulta el cambio de conductas o el asesoramiento por parte de un profesional.
El profesional de enfermería comunitaria debe ser un participante dentro del grupo que atiende los diversos puntos de la sexualidad adolescente. La enfermera lleva a cabo intervenciones de promoción de salud sexual, para obtener cambios o implantar hábitos de vida sexual saludable.
Dentro de los ámbitos de actuación nos podemos encontrar la prevención de embarazos no deseados, ETS y violencia de género, aquí el papel de enfermería actúa mediante el aumento de conocimientos, modificación de conductas y mejora de

habilidades para llevar a cabo una práctica segura.
El modo de llevar a cabo la instrucción en sexualidad por el profesional de enfermería comunitaria es mediante intervenciones de tipo educativo. Se trata de llevar a cabo temas básicos de anatomía reproductora femenina y masculina para establecer una base de compresión en la prevención de ETS y embarazos. El método de uso de métodos anticonceptivos será otro tema para tratar mediante la presentación e interacción con los diversos tipos.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades de índole sexual se han incrementado a lo largo del paso de los años, sobre todo a nivel de la población adolescente, lo que supone un gran problema de salud pública. . La adolescencia es un periodo en el que estipular hábitos sanos para que después influyan en la etapa adulta.
Los profesionales sanitarios han de proceder el inicio de actividades de promoción y educación para la salud sexual, fomentando hábitos de vida saludable, en lo que respecta a la población adolescente. Con estas intervenciones, se consigue aumentar el número de conocimientos y actitudes que ayuden en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

6 Bibliografía

1. Álvarez, C et al (2009). Evolución de las relaciones afectivo-sexuales en la adolescencia e impacto sobre la salud. Rev Paraninfo Digital. 7. Recuperado de: Cuiden, http://www.index-f.com/para/n7/059o.php
2. Barragán, F. (1999). Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia e Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. (2009). ECDC HIV and AIDS in the European Union. Recuperado de https://ecdc.europa.eu/en/publicationsdata?f[0]=output_types%3A1244
4. Gámez, J y Márquez, AC. (2004). Evaluación de los programas de promoción de la salud para inmigrantes. Index de Enfermería, 13(44-45), 51-55.
Recuperado de: SCielo, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100011&lng=es&tlng=es
5. Acebes, E y Lozano, S. (2003). Educación Sexual en la Adolescencia. Metas de Enfermería. 57(8), 46-48

Capítulo 116

USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS

MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN

JUAN COBO PALOMINO

1 Introducción

Como definición de contención mecánica podemos hablar de una terapia que consiste en la reducción de la libertad de la totalidad o una parte del cuerpo para favorecer la mejoría del paciente, también usada en momentos de lo que conocemos como estado de agitación psicomotriz, que se da en pacientes psiquiátricos. Por eso, tenemos que realizar un análisis de este concepto. El uso de la contención mecánica principalmente se hará cuando se presente alguna situación de agitación, o existe algún riesgo para un paciente, como el riesgo de autolesión, heteroagresividad, etc. La agitación psicomotriz la podemos definir como un conjunto de movimientos no intencionados, persistentes y muchas veces unidos a la agresión, de comienzo por lo general inesperado, como respuesta a impulsos, que van acompañados de un diagnóstico psíquico que no ceden y donde tiene que haber una intervención terapéutica lo más rápido posible. Ante todo, cualquier toma de decisión por parte de los facultativos o técnicos en su lugar, tiene que basarse principalmente en el respeto hacia la persona, la salud, la libertad de movimientos, y la seguridad en todo momento. Una medida de contención mecánica tiene que ser ordenada, consensuada, pautada y dirigida por personal facultativo. Es imprescindible que el personal sanitario sepa actuar en estos momentos, como también es fundamental conocer el procedimiento que hay que llevar a cabo para realizar la contención mecánica. El uso de estas medidas restrictivas puede incumplir los derechos principales de las personas, por tanto, es indiscutible y primordial que el personal sanitario estudie y analice sobre dicha

problemática para una buena práctica ética y que se unifiquen los criterios de actuación con los derechos principales de la persona, puesto que muchas veces se trata de un acto involuntario por parte del paciente psiquiátrico.

2 Objetivos

-Saber reconocer los signos o síntomas que se adelantan al uso de la medida de contención mecánica.
-Resaltar el valor que tiene el trabajo de unificar criterios y una formación sanitaria específica y adecuada del equipo multidisciplinar.
-Disponer de una definición clara de contención mecánica cuyo su fin principal es realizar un trato a los usuarios de atención óptima.

3 Metodología

Para realizar el estudio de la definición de contención mecánica hemos realizado una revisión bibliográfica para encontrar los artículos más adecuados respecto a nuestro tema, la contención mecánica. Se han utilizado bases de datos como: Scielo, Cuiden, Cochrane y Google Académico.
Hemos utilizado las siguientes PALABRAS CLAVE: agitación psicomotriz, contención mecánica, contención verbal, psiquiatría, paciente psiquiátrico y terapia.

4 Resultados

El estudio de este actual trabajo, nos lleva a la conclusión de que el uso de la contención mecánica es una medida coercitiva que se lleva a cabo en muchos momentos con desconocimiento por parte de quien la realiza de dicha terapia, sin seguir adecuadamente los protocolos con seguridad, si no todo lo contrario, con dudas, lo que lleva a hacer un uso incorrecto de esta medida. Analizar y profundizar en el concepto de contención mecánica nos debería llevar a todos, principalmente a los profesionales de la salud, que somos los que estamos en contactos con este tipo de situaciones, a la toma correcta de decisiones, utilización e indicación, así como la suspensión de contenciones mecánicas inadecuadas cuando sea necesario en cualquier situación donde estas estén siendo precisas. En todo caso, estas técnicas no han de vulnerar los derechos del paciente y basarse en una práctica que sea legal, como hemos señalado anteriormente. Estudiar a fondo la definición de contención mecánica hace que su aplicación en la práctica diaria se vea favorecido

y puede darnos una perspectiva con más amplitud de un análisis con soluciones muy significativas. Esto nos ayuda a mejorar positivamente en la práctica y tener un buen abordaje, con más sentido respecto a los resultados de este estudio que estamos realizando actualmente. Por todo esto, tenemos que hablar también de que el uso inadecuado o prolongado de esta medida conlleva unos riesgos graves para la salud del paciente y que tenemos que conocer: alteración de la integridad cutánea, dificultad respiratoria, caídas, broncoaspiración, trombosis venosa profunda, nerviosismo, edemas, hematomas y como la consecuencia más grave, ahorcamiento. En otras situaciones, donde haya una agitación psicomotriz o un riesgo de auto o heteroagresión, la contención mecánica será imprescindible, pero bajo la dirección y supervisión del equipo de enfermería, ya que son los responsables de saber cómo dirigirla y aplicarla. Se conoce también que en algunos casos, la contención mecánica no es usada como un tratamiento ante una situación de agitación por parte del paciente, si no como una medida de prevención, sobre todo para evitar riesgo de caídas en las personas mayores, utilizada muchos de centros residenciales y/u hospitales. Es importante que todos sepamos utilizar un lenguaje claro y adecuado sobre el concepto de la contención mecánica entre facultativos y demás personal sanitario. Tener clara esta definición y llevarla a la práctica contribuye a mejorar esta última.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar, y a modo de conclusión, se puede decir que tras la falta de un marco legislativo especifico y de una perspectiva científico-técnica consolidada tenemos que seguir avanzando a favor de un modelo de la no utilización de la contención mecánica, incluso en aquellas situaciones o centros donde la alta demanda del uso de sujeciones se justifica, como es el caso de las unidades de cuidados críticos, para conservar la seguridad del paciente. Es necesario mejorar y como punto imprescindible mejorar la formación del personal de enfermería y resto del personal sanitario, que se pueda ver implicado en una de estas situaciones, en el cuidado de pacientes con trastorno en los estados funcional y cognitivo. A nivel asistencial, en los centros hospitalarios, no se colabora, puesto que la designación y distribución de cuidados se encuentra por especiales médicas y no por nivel de dependencia, puesto que permanecer en la misma cama asignada independientemente del estado y nivel de dependencia es muy alta.

6 Bibliografía

1.Código deontológico para la profesión de enfermería, 2002.
2..Barrios LF. Uso de medios coercitivos en Psiquiatría.
3.Comité de Bioética de Cataluña, el ingreso no voluntario y la prática terapeútica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátrico y las personas con demencia. Barcelona, 2002.
4.J. Ramos Brieva, Contención Mecánica, 2 Ed. Masson, Espanya, 1999.
5.Jensen CC, Lydersen T, Johnson PR, Marconi MR, Cleave ML, Weber P. Choosing staff members reduces time in mechanical restraint due to self-injurious behaviour and requesting restraint. J Appl Res Intellect Disabil. 2012 Jan 5 (8)297-7.

Capítulo 117

SITUACIONES ESPECIADES DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS

ALVARO VAQUERO COMINO

SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS

SARA ZARCO REILLO

1 Introducción

Las etapas del embarazo y el parto son procesos fisiológicos donde el cuerpo de la madre sufre numerosos cambios. Al igual que otros procesos fisiológicos complejos el objetivo de estos en concreto es la de conseguir un parto adecuado para el nacimiento de un recién nacido completamente sano.
Cuando ocurre la finalización de la gestación y el recién nacido está sano se le conoce como parto eutócico, aunque no siempre todo sale bien y no todos los partos ocurren igual, pudiendo aparecer alteraciones en el tiempo de la gestación, llegando a comprometer incluso la vida del feto o de la propia madre. Cuando ocurre esto se conoce como parto distócico.
Pero gracias a la investigación a lo largo de los años en relación al proceso de gestación y a su atención por parte de los medios sanitarios se ha logrado reducir ese riesgo existente de mortalidad. Aunque aún no se puede hablar de erradicación completa, ya que son tan impredecibles que es imposible conocer a ciencia cierta cuándo aparecerán o como lo harán, siendo que muchas veces no se conoce de su existencia hasta momentos antes del parto, provocando con esto un incremento en la mortalidad materna, fetal o incluso de ambas.

2 Objetivos

El objetivo general de esta revisión bibliográfica es el de analizar y explicar las principales urgencias obstétricas que pudieran aparecer durante el embarazo y el parto.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica donde se han utilizado varias bases de dato, siendo estas: Google académico, Pubmed y SciElo.
Las palabras clave que se utilizaron fueron: Complicaciones del embarazo, urgencias obstétricas, mortalidad materna.

4 Resultados

Ahora desarrollaremos los principales motivos de urgencia obstétrica que pueden ocurrir de manera imprevisible a lo largo del embarazo y que acarrean un elevado índice de morbi-mortalidad materna y fetal.
PROLAPSO DE CORDÓN:
Ocurre cuando el cordón umbilical se posiciona por debajo de la presentación fetal, ocurre en un 0,4% de los casos y es la causante del 20% de mortalidad perinatal. Constituye una de las emergencias de mayor gravedad.
Podemos clasificarlas de varias formas:
- Prolapso: El cordón se sitúa fuera de la vagina, ocurre cuando el saco amniótico está roto. Es la forma más grave.
- Procúbito: Igual que el prolapso, pero el saco amniótico está íntegro.
- Prolapso oculto/Lateroincidencia: El cordón está situado al lado de la presentación sin sobrepasar. Puede ocurrir con bolsa íntegra o rota. Su diagnóstico consiste en visión directa a través de espéculo, ecografía o tacto vaginal.

METRORRAGIAS INTRAPARTO Y POSTPARTO:
Como su nombre indica, una metrorragia es una perdida de sangre importante a través de la vagina. Cuando ocurre tras el parto (Postparto) se debe a una causa no identificada, por lo que el objetivo será identificar la causa del sangrado, pudiendo ser:
- Desgarro vaginal: Por parto traumático o instrumental. Puede darse incluso con desgarros perineales, que se reparará mediante una sutura normal.

- Desgarro vulvar: Frecuentes, sangrantes y muy dolorosos si ocurre próximo al clítoris. Se suelen suturar y no dan problema.
- Desgarro Cervical: Son comunes y con una buena resolución, cuando superan los 2cm dan lugar a hemorragias.
- No se ha expulsado toda la placenta, quedando restos en el útero que impidan su correcta contracción. Se volverá a pasar a la puerpera a paritorio para la extracción de los restos en el útero mediante legrado.
- Hipotonía uterina: Ocurre un fallo en la hemostasia de la herida de la placenta. El flujo intravelloso supera los 600cc/min, y en caso de instaurarse puede llegar a ser letal.
- Coagulopatías: Podemos encontrar dos tipos: o Previas al embarazo, como hemofilias o plaquetopenias. o Coagulación intravascular diseminada, que se debe a complicaciones en la gestación o en la fase del parto.
Estas coagulopatías generan un rápido consumo plaquetario y de los productos de la coaguladión, provocando tendencias a la hemorragia.
- Inversión uterina: debido principalmente por la realización de maniobras bruscas para extraer la placenta, no se suele ver de forma espontánea. Puede ser completa o incompleta.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA (DPPNI)

Ocurre cuando ocurre la separación de la placenta de su inserción decidual. En caso de ocurrir antes de la semana de gestación número 20 y antes del tercer trimestre se denomina también abruptio placentae.
El DPPNI ocasiona la formación de un hematoma retroplacentario, ocasionando la separación prematura de la placenta, deteriorando el intercambio materno-fetal, provocando la perdida del bienestar fetal, llegando incluso a la muerte si el desprendimiento supera el 50%.
Si el coágulo formado por el DPPNI es demasiado grande ocasionará una gran hemorragia a la madre, provocando una gran bajada de la tensión (hipotensión) y un shock materno, por lo que una rápida actuación será vital para tanto el feto como la madre.

PLACENTA PREVIA (PP)

Se denomina placenta previa a la inserción total o parcial de la placenta en el orificio cervical interno (OCI). Existen varios tipos:
- Inserción baja: El borde de la placenta se encuentre a menos de 2cm del OCI.
- Marginal: sucede cuando la placenta se queda justo al borde del OCI.
- Oclusiva parcial: La placenta está cubriendo parcialmente el OCI.
- Oclusiva total: Se cubre totalmente el OCI.

El tratamiento ante esta patología será conservador, manteniendo un reposo total en cama y manteniendo controles de diuresis, además del tratamiento endovenoso pautado.
Se realizarán controles del bienestar fetal cada 36H o menos tiempo si existiera metrorragia importante.

VASA PREVIA
Esta situación se presenta cuando los vasos sanguíneos de la placenta o del cordón umbilical cruzan la entrada hacia el canal uterino por debajo del feto.
Los vasos podrán llegar a ser palpables a través de un tacto vaginal o por amnioscopia. Puede presentar varias complicaciones como una rotura de los vasos produciendo una hemorragia o su obstrucción al ser comprimidos por la cabeza del feto, pudiendo llegar a provocar hipoxia y muerte fetal.
Es una patología difícil de diagnosticar, por lo que hay que tener presente la posibilidad de la presencia de esta patología.
En caso de diagnosticarse bien con tiempo antes del parto el pronóstico de supervivencia es muy alto, manteniendo una mortalidad fetal baja mediante cesárea.

DISTOCIA DE HOMBROS
Ocurre principalmente en fetos macrosomicos, ocurriendo el 11% en fetos de más de 4000gr y en un 22% cuando superan los 4500gr. Se manifiesta cuando tras expulsar la cabeza esta se retrae al nivel del periné por imposibilidad del paso de los hombros a través de la sínfisis del pubis.
Disponemos de tiempo justo para la extracción de un feto bien oxigenado antes de la asfixia, por lo que la actuación del equipo sanitario será muy importante.
Se podrán realizar varias maniobras en esta situación:
- Maniobra MC Roberts: consiste en la hiperflexión de las piernas de la madre sobre su abdomen, siendo eficaz en la gran mayoría de los casos.
- Maniobra de Woods: Conocida también como tuerca o sacacorchos, se intentará rotar el hombro posterior a posición anterior para conseguir desencajar los hombros.
- Maniobra de Gaskin: Se pasa a la gestante a una posición ventral, quedando apoyada en sus manos y rodillas, ampliando así el diámetro de la pelvis.
- Maniobra Zavenli: Se vuelve a colocar la cabeza del feto en el canal uterino y se realizará la extracción mediante cesárea urgente.

ROTURA UTERINA
Urgencia obstétrica muy grave, causante de una alta mortalidad materna y fetal. Es la principal razón para la reapertura de una cicatriz de cesárea anterior. Puede

clasificarse de dos formas según su nivel de rotura:
- Rotura uterina incompleta: No llega a haber conexión entre la cavidad uterina y el peritoneo, produce sangrado escaso además de un hematoma por el ligamento ancho.
- Rotura completa: Se produce una comunicación entre la cavidad uterina y la peritoneal, produciendo un sangrado importante.

Puede producirse por muchas formas, siendo las más importantes:
- Roturas traumáticas, como accidentes por golpes.
- Roturas obstétricas por mal uso de fórceps u otras maniobras.
- Espontáneas por posibles malformaciones del útero o por anteriores cesáreas.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN GESTANTE

Cuando ocurre esta situación es de vital importancia la rápida actuación del personal sanitario que está asistiendo el parto, ya que es una interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la función cardíaca y respiratoria, produciendo la muerte de la madre en caso de no revertirla.

Es importante que tan pronto como seamos conscientes de la situación se inicie el protocolo de resucitación cardiopulmonar (RCP), precisando de todo el equipo disponible con conocimientos y habilidades en el soporte vital básico (SVB) además de tener en cuenta los cambios en las maniobras al tratarse de una gestante a la que puede que no se haya expulsado al feto. Estas diferencias al realizar el EVB entre una persona normal y una gestante son:
- Realizar las compresiones torácicas 3cm por encima del punto esternal para ajustarse a la elevación del diafragma, manteniendo el ritmo de 30:2.
- Se retirará la compresión aorto-cava que realiza el fondo uterino mediante un desplazamiento manual hacia la izquierda del útero.
- Valorar la edad gestacional, en caso de viabilidad del feto se realizará una cesárea urgente para así facilitar también la reanimación materna y fetal.
- En caso de que la supervivencia materna no sea posible se realizará una cesárea perimortem al minuto 5 desde el inicio de las maniobras.

Durante todo el proceso el objetivo principal será la reanimación materna, ya que es el mejor tratamiento para el feto, evitando la muerte fetal por shock y muerte materna.

5 Discusión-Conclusión

Como personal sanitario es de vital importancia conocer las situaciones que podemos encontrar en el trabajo cada día, más aún estas situaciones de urgencia sobre

todo de carácter impredecible.
Además, al conseguir el manejo necesario en estas situaciones podremos evitar que ocurran posibles partos prematuros, consiguiendo que el feto permanezca el máximo tiempo posible dentro del útero materno y favoreciendo su crecimiento y maduración, además de ahorrarle sufrimiento tanto a la madre como al futuro recién nacido.
En definitiva, un buen conocimiento en las urgencias obstétricas nos ayudará a poder identificar con antelación estas patologías, disminuyendo el tiempo para la actuación y asegurando una atención integra al paciente.

6 Bibliografía

- España Tasa de mortalidad materna [Internet]. Indexmundi. 2017 [citado 02 de Octubre de 2022]. Disponible en: https://www.indexmundi.com/es/espana/tasa_de_mortalidad_materna.html
- Fescina R, De Mucio B, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [Internet]. CLAP/OMS. 2019 [citado 2 de Octubre de 2022]. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1594.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2012 [citado 2 Octubre de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Martinez Moar L, Pérez Iglesias JR, Pereira Beceiro J, Rodeño Abelleira A. Reanimación cardiopulmonar: Aptitud básica ante una parada cardiorrespiratoria en embarazadas. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2002 [citado 02 de Octubrede 2022]; 14: 182-189. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/reanimacion-cardiopulmonaraptitud-basica-ante-una-parada-cardiorrespiratoria-en-embarazadas/
- Martín Ruiz MI, García Hermoso M, Nuñez Rodríguez MA. Últimas recomendaciones ante una parada cardiorrespiratoria en el embarazo. Revista digital del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz. [Internet] 2017 [citado3 de Octubre de 2022]. Disponible en: https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/ultimas-recomendaciones-anteuna-parada-cardiorespiratoria-en-el-embarazo/
- Moldenhauer JS. Prolapso del cordón umbilical [Internet]. Manual MSD.

2016 [citado 2 de Octubre de 2022]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-yobstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-elparto/prolapso-del-cord%C3%B3n-umbilical
- Guía práctica de asistencia en distocia de hombros. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Madrid, 2015.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. [Internet]. Vitoria-Gasteiz: 2010 [citado 2 de Octubre de 2022]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

Capítulo 118

MONITORIZACIÓN Y CANALIZACIÓN PERCUTÁNEA DE ARTERIA CUBITAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

DAVID MARÍN MARTÍNEZ

MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ

JORGE VICO SÁNCHEZ

GEMMA GARCÍA SIMARRO

ANGELA VILLALBA REOLID

1 Introducción

La obtención de un acceso arterial en unidades de cuidados críticos resulta un procedimiento esencial con distintos fines, ya bien sean diagnósticos, terapéuticos, monitorización continua de PA (presión arterial), para el manejo y control del enfermo crítico.

La arteria cubital es por lo general, la más larga de las dos ramas terminales de la arteria braquial, además de tener un mayor calibre de la luz del vaso con respecto a la arteria radial, otorgándole una menor tendencia y propensión al vasoespasmo generado por la canalización o manipulación. Esto le confiere la propiedad de ser idónea para procedimientos invasivos que requiera de un largo tiempo de

manipulación o el uso de introductores de mayor calibre. La preparación para la punción no se diferencia en nada de la adoptada para el abordaje radial, con la única excepción de la necesidad de realización del test de Allen inverso. La arteria cubital se hace más superficial en la parte distal de la muñeca en su unión con el arco palmar superficial y se sitúa fácilmente con la palpación proximal al hueso pisiforme de la mano.
La canalización de la arteria cubital o ulnar puede tratarse como una alternativa segura a la imposibilidad de acceder a la arteria radial ipsilateral por diferentes motivos (pérdida de pulso, vasoespasmo, hematoma, calcificaciones, pseudoaneurisma que limiten el progreso del catéter, perforación arterial tras varios intentos de canalización, etc.).

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica actual sobre la canalización de la arteria ulnar y/o cubital en unidades de cuidados intensivos, así como en la práctica clínica.
- Analizar la viabilidad y seguridad para realizar procedimientos en unidades de cuidados críticos por la arteria cubital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos sobre la elección de la arteria cubital con fines diagnósticos y/o terapéuticos, extracción de gasometrías arteriales y control constante de la presión arterial dentro de unidades de cuidados intensivos.
La búsqueda se ha realizado en bases de datos como Dialnet, PubMed, Scielo y el buscador Google Académico. De esta revisión y tras aplicar los criterios de inclusión, el total de artículos seleccionados han sido 5.

4 Resultados

Tras la revisión llevada a cabo en las bases de datos consultadas, los resultados obtenidos respecto de la canalización, obtención de muestras, pruebas diagnósticas y/o terapéuticas, monitorización de la arteria cubital arrojan que resulta una práctica segura, eficiente y que no muestra diferencias significativas por sus complicaciones, respecto de la canalización de otros accesos arteriales.

En los distintos artículos consultados esta vía se utilizó sin consecuencias negativas para el paciente, especialmente en relación con el riesgo de lesión isquémica en la mano. La posibilidad de llevar a cabo el procedimiento de forma más rápida en situaciones de emergencia la hace de elección en caso de complicaciones o alteraciones en la ipsilateral o del miembro inferior, que causarían un retraso adicional para iniciar los distintos procedimientos.
La utilización de los mismos materiales empleados para la punción de la arteria radial y una mayor comodidad para el paciente y el profesional, justificarían la opción de la vía cubital.
Las complicaciones descritas en las bases consultadas y relacionadas describen:
- Hematomas: colección de sangre en el tejido subcutáneo que forma una masa tumefacta palpable en el punto de punción e induración que pueden producirse de distinta consideración, siendo los más frecuentes, hematomas leves.
- Pseudoaneurisma: tumoración pulsátil con soplo a la auscultación en zona de punción. Su aparición se relaciona con el uso de introductores de gran calibre, punciones complejas, utilización de múltiples catéteres y tratamiento anticoagulantes.
- Fístula arteriovenosa: consiste en una comunicación entre arteria y vena que produce un flujo sanguíneo continuo. Se manifiesta con dolor constante en la zona de punción, edema, parestesias, aumento del volumen de la extremidad y frémito a la palpación del pulso.
- Isquemia periférica del miembro: los síntomas son dolor, palidez, enfriamiento y pérdida de pulso en el miembro de la punción.
- Disección arterial: es la complicación más frecuente durante el abordaje y no suele necesitar intervención, ya que la mayor parte de las veces el propio flujo de la arteria sella la disección.
- Reacción vagal: cuadro de hipotensión y bradicardia relacionado con el dolor y/o temor a la punción.

5 Discusión-Conclusión

La elección de la arteria ulnar o cubital deber ser considerada como una opción dentro del abanico de posibilidades para la obtención de un acceso arterial para las distintas prácticas e intervenciones que se desarrollan dentro de las unidades de cuidados críticos. Puede resultar un acceso de primera elección, de elección en caso de intentos fallidos en la arteria ipsilateral, siendo su elección segura y eficiente para la práctica dentro de las unidades de cuidados intensivos. Su rendimiento no difiere de otros accesos arteriales como pueda ser la arterial radial

y femoral, tratándose como una arteria de elección en casos de obtención de muestras, diagnóstico y/o necesidades de monitorización.

6 Bibliografía

- Revista española de cardiología: https://www.revespcardiol.org/es-complicaciones-vasculares-asociadas-al-acceso-articulo-13062925
- Asociación española de enfermería en cardiología: https://enfermeriaencardiologia. com/wp-content/uploads/hemo_13.pdf
- Revista sanitaria de investigación: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/insercion-y-cuidados-de-la-canalizacion-arterial/
- Elsevier: https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-articulo-angioplastia-coronaria-rescate-por-via-X1665579611356461?referer=coleccion
- Gilles Clermont, Arthur C Theodore. Arterial catheterization techniques for invasive monitoring. This topic last updated: jun 13, 2011. In: UpToDate, John F (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.

Capítulo 119

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN EN URGENCIAS

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ANA PÉREZ PLAZA

GEMA MAGÁN CANO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de muerte en el mundo. Más de un tercio de los adultos en España, presenta hipertensión a partir de los 50-60 años, convirtiéndose en una de las enfermedades más frecuentes en los países desarrollados y actualmente en vías de desarrollo. Esta patología se define como la elevación de la presión arterial por encima de unos valores establecidos dependiendo de la edad, aunque en la mayoría de protocolos se establece como la elevación de la PAD por encima de 90 a 100 mmHg y de la PAS por encima de 140-160 mmHg.

A partir de este concepto, se establecen los términos de crisis hipertensiva y emergencia hipertensiva. Para la crisis hipertensiva, se toman como referencia la elevación aguda de las cifras tensionales por encima de 180/120 mmHg cuya aparición no produce daño en los órganos. Con respecto a la emergencia sanitaria, su instauración supone una actuación rápida para disminuir las cifras, ya que esta

si produce daño agudo o crónico en los órganos, pudiéndose afectar de forma permanente.
La aparición de estas complicaciones relacionadas con la hipertensión se debe a factores de riesgo; aquellos sobre los que no se puede actuar como son los antecedentes familiares (alta heredabilidad), el sexo y edad y aquellos que suponen más de la mitad de los nuevos casos como son los modificables: el sobrepeso y obesidad, el tabaquismo, el consumo excesivo de sodio y el sedentarismo ente otros.
Ante la gran incidencia de la hipertensión como enfermedad presente en la actualidad y sus posibles complicaciones, se deriva la necesidad de reconocer este tipo de afectaciones en el servicio de urgencias mediante un diagnóstico y tratamiento eficaz, así como un correcto seguimiento y adherencia post intervención.

2 Objetivos

Tras el estudio de los siguientes artículos me he planteado los siguientes objetivos:
Un objetivo principal como es reconocer las diferentes patologías asociadas a la hipertensión, como son las crisis y emergencias hipertensivas en el ámbito del servicio de urgencias, así como su tratamiento.
Un objetivo secundario como es conocer el papel de la enfermería en la actuación frente a estas patologías

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de estudios que se centran en el manejo de las crisis y emergencias hipertensivas en el ámbito de las urgencias hospitalarias. Las bases de datos empleadas en la búsqueda fueron Pubmed y Google Académico.
Antes de realizar la búsqueda, se establecieron unos criterios de exclusión y de inclusión que han sido aplicados en todas las bases de datos. Estos criterios han sido los siguientes:

Criterios de inclusión:
· El diseño de los estudios seleccionados correspondía a ensayos clínicos o revisiones sistemáticas.
· Artículos publicados en castellano o en inglés.

· Artículos publicados entre 2007-2020
Criterios de exclusión:
· El diseño de los estudios seleccionados correspondía a estudios que no eran ensayos clínicos o revisiones sistemáticas.
· Artículos publicados en otros idiomas diferentes al castellano o inglés.
· Artículos publicados antes de 2007

4 Resultados

En este apartado se describe el manejo del paciente y el reconocimiento de los síntomas asociados a la hipertensión. Los artículos muestran la clasificación de la crisis hipertensiva como el aumento de las cifras tensionales por encima de los límites establecidos para PAS >160 mmHg y PAD>100 mmHg en su llegada al servicio de urgencias. El diagnóstico se realizó mediante la toma de las cifras tensionales de los pacientes en decúbito supino y en cada brazo en intervalos de 10 a 20 min; se procedió a la elaboración de una anamnesis completa de la historia clínica mediante entrevista y antecedentes clínicos, así como el empleo de pruebas complementarias (analítica sanguínea, análisis de orina, electrocardiograma, y radiografía de tórax)
La sintomatología de estos pacientes fue inespecífica, siendo principalmente la cefalea, náuseas y mareos, así como epistaxis los más predominantes; el método de elección utilizado en gran parte de los casos para reducir las cifras fue la medicación mediante la vía oral debido a que coinciden en su disminución de forma progresiva en las 24 a 48 h tras la aparición del episodio con antihipertensivos como el captopril o nifedipino.
Las emergencias hipertensivas representaron un mayor nivel de implicación por parte del servicio de urgencias; su sintomatología variaba en función del origen del aumento de las cifras, siendo patologías graves como la disección aórtica o lesiones cerebrovasculares las posibles causantes. Presentaron disnea, dolor torácico y alteración del nivel de conciencia en gran porcentaje de los casos.
La rápida instauración y evolución de la hipertensión supuso un manejo más rápido, optándose por el uso de la vía parenteral para disminuir las cifras en los 30 a 60 minutos o consiguiéndose una disminución del 15% con respecto a la llegada al servicio en ese tiempo. El tratamiento efectivo se centró en la utilización de vasodilatadores como el nitroprusiato sódico y la nitroglicerina, así como β-bloqueantes como el labetalol y esmolol y antagonistas α-adrenérgicos siendo el urapidilo el de mayor elección.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio de los diferentes artículos se puede derivar de la actuación en urgencias que:
Las crisis y emergencias hipertensivas son patologías que se presentan en el servicio con frecuencia y cuyas consecuencias suponen repercusiones para el organismo. Son enfermedades de rápida instauración, con sintomatología inespecífica, que se objetiva mediante la toma de cifras tensionales y de pruebas que descarten otras patologías (afectaciones cardiacas, proteinuria, alteraciones isquémicas en el miocardio etc. ...) que son realizadas por el personal de enfermería.
Dependiendo de si es crisis o emergencia, su actuación cambia, ya que el tiempo de actuación sobre las cifras tensionales varía, siendo necesaria la corrección de las crisis hipertensivas en un lapso de tiempo más prolongado, debido a que su disminución brusca supondría hipoperfusión tisular y necrosis en los tejidos. En las emergencias la evolución es más rápida y con peores consecuencias debido a que las enfermedades desencadenantes comprometen la vida, aunque dependiendo de si la afectación es cardiaca o cerebral, la disminución debe realizarse en diferentes espacios de tiempo.
Por último, cabe destacar el papel de la enfermería en el manejo tanto previo como intrahospitalario, debido a que desde la labor de salud pública mediante la identificación del paciente como hipertenso en visitas planificadas a consulta, así como su correcto seguimiento y adherencia al tratamiento, supondrían una disminución de la incidencia de estas patologías en el servicio y también a nivel mundial.

6 Bibliografía

1. Banegas, J. R., & Gijón-Conde, T. (2017). Epidemiología de la hipertensión arterial. Hipertensión y Riesgo Vascular, 34, 2–4. https://doi.org/10.1016/S1889-1837(18)30066-7
2. Cardona, M. F., Molinero, V. P., Bou, B. M., & Martínez, F. J. D. C. (2015). Manejo de la hipertensión arterial en Urgencias. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(90), 5371–5378. https://doi.org/10.1016/J.MED.2015.11.003
3. Rafael Santamaría Olmo, M. D. R. P. C. V. D. P. A. G. S. de Nefrología. H. U. R. Sofía. C. (2009). Urgencias y emergencias hipertensivas: tratamiento | Nefrología. NefroPlus 2009; https://revistanefrologia.com/es-urgencias-emergencias-hipertensivas-tratamiento-articulo-X1888970009000496

4. Albaladejo Blanco, C., Sobrino Martínez, J., & Vázquez González, S. (2014). Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. Hipertensión y Riesgo Vascular, 31(4), 132–142. https://doi.org/10.1016/J.HIPERT.2014.04.001

Capítulo 120

ENFERMERÍA HACE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ALZHEIMER

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MARINA BARROSO MUÑOZ

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer está considerada uno de los trastornos neurológico que puede provocar la muerte de las células nerviosas del cerebro. Por regla general, esta enfermedad tiene un inicio paulatino y en sus primeros síntomas se puede atribuir a la vejez o también al olvido en su forma común. En forma en la que está avanzando la enfermedad, se va deteriorando las distintas capacidades cognitivas, entre las que se van a tomar decisiones y se pueden llevar a cabo las tareas cotidianas, y en las que van a surgir las distintas modificaciones de la personalidad, así como las conductas con los problemas. En las etapas avanzadas, esta enfermedad puede conducir a la demencia y finalmente a la muerte con un deterioro progresivo tanto físicamente como psicológicamente. Implica tanto para el enfermo como para la familia un importante deterioro en la salud. El periplo que tiene que recorrer el paciente de forma vertiginosa junto con la familia que ve como a pasos agigantados su familiar se deteriora sin posibilidad de

recuperación, el diagnóstico es difícil y hasta el momento la confirmación oficial solo se puede hacer a través de signos y síntomas que se pueden observar en el paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la enfermedad del Alzheimer a través de una revisión sistemática por un grupo de enfermería

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de Google académico, seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pudmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

La demencia se puede definir como un deterioro que se adquiere en las capacidades cognitivas que pueden entorpecer la realización de forma satisfactoria de las actividades de la vida diaria.
El Alzheimer es una de las demencias que se genera de forma progresiva, tiene el déficit de la memoria como uno de los síntomas que se generan más tempranos y de forma más pronunciados.
Por regla general, el paciente va empeorando de forma progresiva, muestra problemas perceptivos, del lenguaje y también emocionales en la medida en que la enfermedad avanza.
Esta enfermedad se ha convertido en un problema de carácter social muy severo para muchas familias y también para los sistemas nacionales de salud del mundo. Está considerada una causa bastante importante de fallecimiento en los países desarrollados, se encuentra por detrás de enfermedades cardiovasculares y del cáncer. No obstante, lo que hace que la demencia tenga un impacto fuerte en el sistema sanitario y en su conjunto en la sociedad es, sin ninguna alguna, que el carácter es irreversible, tiene una falta de tratamiento curativo y también tiene una carga que puede representar para las familias de los afectados una epidemiología.

Esta enfermedad es la demencia más frecuente que se encuentra en la población anciana, representa más de la mitad de las demencias. Se puede calcular que en el mundo hay 20 millones de personas que la están sufriendo y que en dos décadas se calcula que habrá el doble. Según la Asociación de Alzheimer Internacional, esta patología puede comenzar en una edad que puede ser temprana como los 40 años, es una enfermedad que no tiene cura conocida y es considerado el gran reto de este siglo, conseguir una cura para esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se sabe que esta enfermedad es la demencia que es más frecuente en la población mayor, su etiología todavía se desconoce. Son característicos los cambios que se producen degenerativos en el cerebro demostrable tanto por anatomía patológica como por tomografía computarizada, aunque solo son confirmados cuando se realiza la autopsia. El impacto psicológico de la familia radica en que hasta el momento es considerada una enfermedad incurable y no tiene marcha atrás, una vez que se inicia el avance se puede retener por poco tiempo, sobreviniendo de forma galopante el deterioro, lo que supone para el paciente y para la familia un gran cambio en muy poco tiempo.

6 Bibliografía

Donoso, A. (2013). La enfermedad de Alzheimer. Revista chilena de neuropsiquiatría, 41, 13-22.

Capítulo 121

USO DE HEMODERIVADOS EN LA ATENCIÓN URGENTE AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ROCÍO JUNCO BLANCO

1 Introducción

Los politraumatismos son la primera causa de muerte prematura a todas las edades, superados únicamente por cáncer y cardiopatías.

La causa más frecuente de politraumatismo son los accidentes de tráfico, seguidos de caídas accidentales y laborales y los intentos de autolisis.

Se considera paciente politraumatizado a todo herido que presenta dos o más lesiones traumáticas graves que suponen un riesgo vital para el paciente al conducirle a un cuadro de hemorragia masiva.

La hemorragia masiva es la principal causa de muerte potencialmente controlable en el paciente traumatizado.

Se considera hemorragia masiva cuando hay una pérdida de la volemia total en 24 horas o la pérdida de media volemia en 3 horas.
El paciente presenta manifestaciones clínicas, de shock hipovolémico: taquicardia, taquipnea e hipotensión y depresión del sistema nervioso central, lo que supone un riesgo vital para el paciente.

El tratamiento de la hemorragia masiva es por un lado: restaurar el volumen circulante gracias a la infusión de grandes cantidades de fluidos cristaloides y

coloides, y a la transfusión sanguínea, y por otro: detener la fuente de sangrado.

La transfusión sanguínea es una técnica básicamente de Enfermería.

Los hemoderivados se administran según protocolo de manera confiable, pero conllevan una serie de riesgos bien identificados como la transmisión de enfermedades infecciosas o las reacciones inmunológicas.

2 Objetivos

- Evaluar la necesidad transfusional en los pacientes politraumatizados.
- Determinar la proporción de pacientes politraumatizados que reciben administración de hemoderivados durante su ingreso hospitalario.

3 Caso clínico

Varón de 22 años trasladado en ambulancia al servicio de urgencias tras sufrir accidente de tráfico con su moto.
Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos de interés.
No intervenciones quirúrgicas previas ni tratamiento domiciliario crónico.

Presenta politraumatismo tras salir despedido en el impacto en vía pública entre un coche y su moto.

Paciente consciente, orientado y colaborador pero muy afectado por el dolor.
Ausencia de compromiso respiratorio y focalidad neurológica.
Abdomen blando, depresible e indoloro.
Múltiples equimosis en extremidades superiores y tórax.
Dolor, deformidad, edema, impotencia funcional y hematoma en muslo derecho compatible con fractura de fémur con afectación de meseta tibial confirmado en radiografía.

En el transcurso de la valoración inicial, el paciente sufre empeoramiento de su estado general y alteración de constantes vitales: hipotensión, taquicardia, taquipnea, sudoración fría.

El cuadro se interpreta como shock hipovolémico relacionado con hemorragia masiva por fracturas de fémur derecho abierta.

Al paciente se realiza monitorización cardíaca y de constantes vitales y se estabiliza mediante el trabajo de un equipo multidisciplinar (banco de sangre, anestesiología, cirugía y laboratorio, entre otros,

Para tratar el shock hipovolémico se canaliza vía venosa para administración de sueroterapia endovenosa y se transfunden varios concentrados de sangre para remontar la hipovolemia.

Una vez estabilizado, se decide intervenir de osteosíntesis de rodilla derecha con colocación de tutores externos por fractura de fémur.

Pasa 48 horas de posoperatorio en la unidad de cuidados intensivos con control de constantes y perfusión continua de analgesia.

Tras observarse evolución clínica favorable, pasa a unidad de hospitalización con dolor leve, afebril y curas de la herida quirúrgica y recibe el alta 2 días después con reposo, analgesia vía oral, profilaxis con HBPM y seguimiento en Atención Primaria.

4 Discusión-Conclusión

Es fundamental la identificación precoz y eficaz de los pacientes con riesgo de desarrollar una hemorragia masiva para establecer medidas preventivas lo antes posible.

La principal causa de politraumatismo son los accidentes de tráfico.

La hemorragia es la causa fundamental prevenible de muerte en pacientes politraumatizados.

El 25% de las transfusiones masivas se realizan a pacientes politraumatizados.

Es necesario extremar las medidas dirigidas a disminuir la hemorragia, con el fin de reducir la necesidad de transfusión sanguínea, ya que el uso de hemocomponentes no está exento de complicaciones y puede empeorar el pronóstico de los pacientes, aumentando el porcentaje de mortalidad.

5 Bibliografía

1- M.A. González Posada, A. Biarnés Suñe, et al. Damage Control Resuscitation in polytrauma patient. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2019;66(7):394-404.

2- Pariente Juste L, Koo Gómez M. Et al. Índices de shock prehospitalario y hospitalario como predictores de transfusión masiva en la atención inicial del paciente politraumático. Emergencias 2021;33:29-34.
3- Procediment Assistencial PRETIC. Emergències mèdiques. Gener 2019.

Capítulo 122

ENFERMERÍA Y LA PSORIASIS ANULAR

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

MARINA BARROSO MUÑOZ

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La psoriasis está considerada una dermatosis inflamatoria con una etiología de origen desconocida que puede aparecer en una edad temprana o también en una edad tardía, en la edad temprana son los primeros en los que aparecen las formas más severas y en por regla general, se cuenta con antecedentes familiares de carácter positivo. En este trastorno se puede asociar una predisposición de modo poligénico que está aumentando en una forma importante al número de hijos que se encuentran afectados cuando los dos progenitores padecen la enfermedad, siendo la afectación de la mitad. Los tipos de antígeno leucocitario humano en los que interviene en el aumento de la frecuencia son algunos y distintos, pero está demostrado que el alelo HLA-Cw6 es el que más relacionado está con esta enfermedad. Aparte de contar los aspectos hereditarios, también se tiene en cuenta como factores desencadenantes el traumatismo físico, distintas infecciones bacterianas, el sufrir, estrés, variaciones del clima, medicación y

el consumo de alcohol. Está considerada una patología sistémica con una base inmunológica en la que pueden intervenir de forma predominantemente los linfocitos, pudiendo provocar una alteración de la citocinética de los queratinocitos haciendo un acortamiento del ciclo celular y la producción mayor de las células epidérmicas.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar un poco más sobre la psoriasis anular por un grupo de enfermería para poder tener más información

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de Google académico, seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pudmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

La psoriasis se tiene que clasificar en tres grandes áreas: la psoriasis en placas, psoriasis eritrodérmica y la pustulosa. En este caso nosotros nos vamos a centrar en la psoriasis en placas, que a su vez puede incluir distintas formas de presentación clínicas como la psoriasis en gotas de carácter agudo, en formación de placas, palmo, plantar o en modo invertida. De todas estas formas, las dos variedades que son más frecuentes son la psoriasis en gotas aguda y lo que es la psoriasis en placas crónica y considerada estable. La lesión que es típica de esta última forma consiste en una pápula eritematosa que está bien delimitada, puede confluir con otras y forma placas geográficas y policíclicas que se cubren por escamas laminares que son fáciles de desprenderse con el rascado para llevar a aparecer gotas de sangrado. Las localizaciones que son más comunes son las flexiones de los codos, rodillas, la región sacra, los glúteos y, cuero cabelludo, estas suelen presentarse en forma bilateral. En otras regiones no debemos dejar de lado como son las palmas y plantas de los pies, que puede ser que sean las únicas regiones que son afectadas, también la cara, regiones perianales, la zona genital y en los pliegues corporales.

En algunas ocasiones, estas placas tienden a presentar una remisión, de modo dando como resultado unas lesiones anulares, serpiginosas y arciformes. Ante la presentación clínica de lesiones anulares se puede que descartar otros posibles diagnósticos, como puede ser tiña corporal, granuloma anular, o la presencia de un eritema anular centrífugo y micosis fungoide. Esto se debe a que existe una gran similitud clínica con estas entidades, por regla general los pacientes vienen diagnosticados en primaria por otro tipo de psoriasis primaria.

5 Discusión-Conclusión

La psoriasis anular tiene una forma de presentación clínica que es poco frecuente en la que se considera necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades y hacer descarte, ya que puede modificar nuestra actitud y también el tratamiento. Por lo tanto, cuando estemos ante un paciente con las lesiones anulares, debemos de realizar un exhaustivo examen exploratorio en el que se busca otro tipo de lesiones cutáneas que puedan orientar el diagnóstico y en el que se puedan realizar un cultivo fúngico y también una biopsia cutánea para poder confirmar la sospecha del diagnóstico y poder aplicar un tratamiento lo más pronto posible.

6 Bibliografía

Wolff K, Allen Johnson R. Psoriasis. En: Berra C, Carini F, Esquerdo MA, Graiver J, Klajn D, López M, Olives C, Taveira J, Yebra P, editores. Fitzpatrick: Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 6a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2020. p. 53-61.

Capítulo 123

TÉCNICA DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PRADO NAVARRO EXPOSITO

AINHOA VERA PAVÓN

ANDREA ONIEVA ORTEGA

MÓNICA MUÑOZ TERCERO

CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER

1 Introducción

La extracción de hemocultivos en el servicio de urgencias es una técnica común, y muy útil para el diagnostico de la infección, lo que nos favorece la indicación o no, de tratamientos antibióticos desde el inicio del ingreso del paciente.
La presencia de bacterias en la sangre es lo que se denomina bacteriemia. Actualmente la sepsis es una de los problemas sanitarios de alta complejidad generando un serio problema de salud, tanto en el incremento de la morbimortalidad de la población, ya que afecta a todos los segmentos sin distinción de edades, como aumento del coste sanitario por la implantación de tratamientos no efectivos.
Los hemocultivos son una prueba de laboratorio que se realizan para detectar la presencia de microorganismos en una muestra de sangre, lo que favorece el inicio de un tratamiento adecuado.
El problema de esta prueba diagnostica, deriva de varios factores, entre ellos citar el más importante de los obstáculos encontrados como es la facilidad de contami-

nación en el momento de su extracción, ya que a través de la lectura de diferentes artículos, podemos apreciar la diversidad existente en la realización de esta técnica. Además es una técnica que requiere el doble de tiempo para su extracción en comparación con otras técnicas de laboratorio, y carecen de utilidad diagnóstica inmediata.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica y su utilidad en el servicio de urgencias, describiendo la correcta extracción de hemocultivos para evitar la contaminación de la muestra.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente, con el objetivo de identificar la indicación, técnica correcta y utilidad de los hemocultivos en el servicio de urgencias hospitalarias.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Dialnet, Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La técnica de extracción de hemocultivos se recomienda ante la presencia de síntomas como escalofríos, fiebre, temperatura corporal mayor o igual a 38 ◦C, leucocitosis o granulocitopenia o compromiso hemodinámico de entidad desconocida. También ante la sospecha de infección en pacientes susceptibles de presentar un proceso infeccioso sea de la índole que sea, meningitis, pielonefritis, neumonía entre otros procesos infecciosos.
Lo primero antes de la realización de la técnica en sí es, preparación de material que utilizaremos y lavado de manos minucioso, tras ello procederemos a identificar al paciente e informar de la técnica a realizar.
Para la obtención correcta de los hemocultivos se debe recoger dos muestras de sangre, entre 10cc y 20cc de sangre en cada extracción, mediante venopunción

periférica, cambiando de equipo de extracción y de zona anatómica en cada muestra de hemocultivo y separadas en un intervalo de 30 minutos entre la extracción de la primera y la segunda.
Siempre que se pueda, la extracción de sangre debe hacerse antes de iniciar la administración del tratamiento antibiótico.
Tras la palpación de la vena elegida, normalmente en los miembros superiores, se debe limpiar la zona con alcohol etílico de 70º, o clorhexidina, cubriendo un área amplia y dejar secar. Tras ello, evitaremos tocar el área de la venopunción, hablar o toser mientras se realiza la extracción.
Previamente a la extracción, se deben desinfectar los tapones de los frascos con un antiséptico que se dejará secar.
El volumen de sangre será de 10-20cc, repartidos en 2 frascos por toma, anaerobio y aerobio, el orden dependerá de la técnica de extracción, sea con palomilla directamente inoculando los frascos, o extracción de sangre con jeringa y tras ello inocular la muestra, lo importante es destacar que en el frasco anaerobio no puede entrar aire y por el contrario en el aerobio, sí debe entrar aire.
Por último invertir varias veces los frascos para mezclar la sangre y el medio de cultivo
No debemos olvidar que se deben identificar los frascos adecuadamente en cuanto a los datos del paciente y las parejas de frascos correspondientes a cada una de las extracciones identificando la primera extracción con un 1º y la segunda con un 2º, tras la correcta identificación y tras adjuntar la hoja de petición se enviarán rápidamente al laboratorio conservándolos en todo momento a temperatura ambiente, nunca en nevera.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería encargado de la extracción de los hemocultivos debe estar informado de todas las recomendaciones actuales sobre la realización de la técnica y de los problemas que conlleva la contaminación de la muestra. Es importante que en los hospitales exista un equipo que analice el porcentaje de muestras contaminadas con el fin de obtener datos relevantes para la inserción de tratamientos efectivos.
Es fundamental realizar actividades formativas a todos los profesionales sanitarios involucrados en la obtención de hemocultivos, sobre todo el personal de enfermería, pero no solo ellos sino todo personal que pueda manipular la muestra como auxiliares de enfermería, sobre la correcta técnica en la extracción de los mismos, utilizando para tal efecto protocolos, y con ello, evitando la variabilidad.

Para ello se deben elaborar guías de práctica clínica especificas para los servicios de urgencias hospitalarios, reduciendo el alto número de hemocultivos verdaderamente negativos y el de falsos positivos.

6 Bibliografía

1. Loza Fernandez de Boadilla E, Planes Reig A, Rodriguez Creixemx M. Procedimientos en Microbiología Clinica Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. S.E.I.M.C. 2003
2. Garcia Sánchez J.E, Gómez-Lus Centelles M.ª L. Hemocultivos. Procedimientos en Microbiología Clínica S.E.I.M.C. 1997: 4-7.
3. Pardinas-Llergo M.J, Alarcón-Sotelo A, Ramirez-Angulo C, Rodríguez-Weber F, Diaz-Greene E.J. Probabilidad de éxito de obtener un hemocultivo positivo. Med. Interna Méx. 2017.
4. Grupo para el Estudio de la Infección en Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Estudio epidemiológico de las infecciones en el área de Urgencias. Emergencias. 2000; 12: 80-9.
5. Cisneros-Herreros JM, Sanchez-González M, Prados-Blanco MT, Llanos-Rodríguez C, Virgil-Martín E, Soto-Espinosa de los Monteros B, et al. Hemocultivos en el servicio de Urgencias. Enferm Infecc. Microbiol. Clin. 2005;23:135-8.

Capítulo 124

UN CASO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA A EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

MARINA BARROSO MUÑOZ

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Hacer una profundización en la base de la neurobiología de la Esquizofrenia se considera un elemento clave para poder perfeccionar la capacidad del diagnóstico y poder identificar futuros objetivos en el tratamiento y poder, con ello, mejorar el pronóstico de los pacientes que tienen esta enfermedad. Los avances que se han realizado hasta ahora se han centrado en las fases más avanzadas de la enfermedad, pero los que se consideran estadíos más iniciales están muy mal definidos. No obstante, mucha parte de lo que es investigación actual se puede centrar en varias fases iniciales de esta enfermedad con un objetivo de encontrar biomarcadores que puedan permitir nombrar a los sujetos con riesgo de sufrir esta psicopatología y que se puedan beneficiar de las distintas intervenciones de carácter temprano que puedan prevenir o mitigar complicaciones en un futuro.

Para poder alcanzar distintos objetivos se considera imprescindible poder avanzar en el conocimiento de distintos mecanismos biológicos que puedan marcar en el origen de la patología a través de distintas ramas del conocimiento psiquiátrico y médico como la genética, las distintas técnicas de neuroimagen que están avanzando mucho en la última década en nuestro país o la neurofisiología que también está consiguiendo grandes avances.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar más información sobre esta psicopatología bastante desconocida por la sociedad por un grupo de enfermería.

3 Caso clínico

Fede es un varón de 23 años, consume drogas de forma habitual, tiene problemas en la familia y su entorno familiar a causa de su consumo de sustancias ilegales, tiene problemas económicos, le han despedido del trabajo y pasa la mayor parte del tiempo en casa, solo sale para consumir, se pasa el día viendo la tele y encerrado en su habitación. Una noche sus padres se levantan al oír ruidos excesivos que provienen de su habitación, al entrar encuentran a Fede debajo de la cama, está asustado, intentan que salga de la cama, pero es imposible, asegura que han venido a buscarle del otro universo y que como él es el salvador del mundo. Consiguen llevarlo a urgencias donde queda ingresado en un box en exploración, a la mañana siguiente y tras la administración de medicación parece más tranquilo, pero sigue afirmando que su jefe le dice en su cabeza que tiene que salvar el mundo y que el universo paralelo ha mandado luchadores para intentar vencerle, que debe de esconderse y prepararse para ser el salvador del universo. Fede es ingresado en la planta de psiquiatría para realizarle una exploración en la que tras varias pruebas de imagen y varias analíticas en las que no se observa ningún tipo de enfermedad física y tras los signos y síntomas del paciente se hace un diagnóstico que se explica a la familia de un debut de esquizofrenia de la cual necesita de un tratamiento mixto de farmacología para poder controlar los brotes y de terapia tanto en forma individual y también grupal. A Fede se le da el alta con citación para consulta externa de psiquiatría para iniciar su nueva vida con su nueva condición.

4 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente hace un debut en esquizofrenia, este adquiere una nueva condición que para el paciente y su familia cambia totalmente su vida. Su nueva condición va a necesitar de un equipo multidisciplinar para poder prestar al paciente y a su familia todas las necesidades que requiere un paciente con esquizofrenia. En primer lugar va a requerir de farmacología para evitar los brotes, suprimir los síntomas positivos como las alucinaciones visuales o auditivos, la terapia también se considera esencial para poder tomar conciencia de su nueva realidad y para poder emprender una vida con la mayor calidad posible para él y para su familia.

5 Bibliografía

Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. Medicina (Madrid), 72(3), 227-234.

Capítulo 125

ATENCIÓN AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN URGENCIAS

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ANA PÉREZ PLAZA

GEMA MAGÁN CANO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

1 Introducción

La IRA o Insuficiencia Respiratoria Aguda, es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante expresado como la PaO2 menor de 60 mmHg, en reposo, a nivel del mar y respirando aire ambiental, acompañado o no de hipercapnia (PaCO2 mayor de 45 mmHg)
A nivel fisiológico, ocurren varios procesos: se produce el intercambio a nivel alveolar en los pulmones y a nivel macroscópico, la introducción de oxígeno a estos; la llamada ventilación mecánica, centrándonos en un valor medible como es la saturación de oxígeno y la Pa02.
La saturación nos referencia el porcentaje de unión entre la hemoglobina, que es la molécula principal en el transporte de oxígeno, y el propio oxígeno disponible

en sangre, que está ligado a ella para cederlo a las células de todo el cuerpo; y la Pa02, que es la presión que tiene el oxígeno para poder pasar a través de la membrana celular y poder intervenir en el metabolismo mitocondrial
En nuestro ámbito conocemos diferentes clasificaciones en torno a esta patología, dependiendo de si se altera el O_2 y/o CO_2, conociéndolas como hipoxemia si se encuentran los valores por debajo del 90% de la saturación o hipercapnia si el CO_2 aumenta por encima de 45 mmHg.
Para reconocer que nos encontramos ante la presencia de una IRA en urgencias utilizaremos el sistema de triage, así como observar un perfil de signos y síntomas en este tipo de pacientes.

Normalmente, los pacientes que sufren IRAs de repetición, suelen tener de base una enfermedad pulmonar aguda o crónica que se agudizan, ya sean bronquitis, enfisemas, etc. Aquellos síntomas que predominan en la clínica son la disnea continua, la cianosis, niveles bajos de saturación y también taquipnea e incoordinación toracoabdominal.
A nivel de pruebas, podemos obtener una Gasometría Arterial para conocer la unión correcta entre el O2 y la hemoglobina y también una Radiografía de Tórax para observar una posible obstrucción, enfermedad subyacente.
Mediante estos datos podemos descartar otras patologías para analizar y definir la presencia de una IRA.

2 Objetivos

Tras el estudio del caso me he planteado los siguientes objetivos:
Un objetivo principal como es identificar los patrones alterados y realizar un plan de cuidados, poniendo en marcha intervenciones necesarias para mejorar el estado de salud actual
Un objetivo secundario como es conocer los signos vitales normales que establecen para una correcta función respiratoria

3 Caso clínico

Paciente que acude al servicio de urgencias el día, acompañado de su hijo debido a su repentino cambio de estado asociado a un problema de origen respiratorio. A su llegada, es llevado directamente a un box, se toman constantes y se notifica la presencia de una saturación por debajo del 50%, con una TA 153/96 y Tª de 35,4 ℃.

Presenta incapacidad para el habla con un estado de la conciencia valorado en un Glasgow de 9 y disnea como síntoma principal, además de roncus.
A nivel de antecedentes, encontramos un historial asociado a enfermedades respiratorias, como lo evidencia el diagnóstico de bronquitis crónica y probable síndrome de apnea del sueño. Fumador de 1 paquete a la semana y de unos 4 vasos de vino al día.

VALORACIÓN INICIAL EN URGENCIAS
En este apartado hablaremos sobre la exploración física a la llegada a urgencias, pruebas diagnósticas.
Aparte de lo mencionado anteriormente, a la llegada, presenta:
 Estado general: Se presencia cianosis central evidenciada con una saturación ente 50-52% y un estado de consciencia sin respuesta, solo a estímulos fuertes.
Se presencia la falta de aire, el dolor a nivel torácico, la desorientación, la incapacidad para sentarse y cooperar en la movilización de la camilla.
 Cabeza: No presenta heridas, hematomas posibles asociados a caídas. Lengua y mucosas normo coloreadas.
 Cuello-ganglios: No encontramos alteración que hayan derivado en este estado, descartando que su origen sea debido a la tiroidectomía.
 Tórax: No se evidencia roturas de costillas ni presencia de neumotórax. A nivel respiratorio no existen murmullos ni estertores. Ritmo sinusal sin soplos evidenciado en ECG.
 Abdomen: Aspecto blando y depresible; no se encuentran masas ni induraciones que puedan resultad dolorosas a la palpación.
 Extremidades: Se observa la presencia de Insuficiencia Venosa Periférica en MMII y presencia de edema tanto en inferiores como en superiores.

Se añade en estos casos dos pruebas diagnósticas:
-GASOMETRÍA ARTERIAL: Mediante la extracción nos permite averiguar el oxígeno ligado a la hemoglobina; escogemos arterial debido a que su contenido en oxígeno todavía no ha sido intercambiado a los tejidos, así también, nos indica la capacidad de los alveolos a nivel microscópico obtener el oxígeno, y macroscópicamente, de cómo puedan funcionar los pulmones.
-RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Se prescribe la realización de una radiografía, en nuestro caso, mediante rayos portátiles debido a la dificultad de traslado del mismo, con el fin de observar el estado de las vías pulmonares y descartar obstrucciones por cuerpos extraños o las asociadas a fenómenos de broncoespasmo o atelectasias.

Tras la valoración médica se ordena subir a UCI, se da relevo oral y se produce su ingreso.

TRATAMIENTO EN URGENCIAS
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS
-MASCARILLA CON RESERVORIO A MÁXIMO VOLUMEN
-SALBUTAMOL+IPATROPIO NEBULIZADOS (TRAS CAMBIO DE OXÍGENO A NEBULIZACIÓN SE DESATURA RÁPIDAMENTE, POR ELLO SE POSPONE)
-FUROSEMIDA 2 AMPOLLAS IV EN BOLO (PARA DISMINUIR EL EDEMA)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
-SE CANALIZA VÍA VENOSA PERIFÉRICA.
-ANALÍTICA SANGUÍNEA Y GASOMETRÍA ARTERIAL.
-SE COLOCA CAMILLA A 45º.
-SE COLOCA SONDAJE VESICAL CON DIFICULTAD POR FIMOSIS.

Para la valoración del caso nos centraremos en las 14 necesidades de Virginia Henderson:
1. NECESIDAD RESPIRACIÓN
DIAGNÓSTICOS.
 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ RELACIONADO CON SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN MANIFESTADO POR DISNEA.
NOC
-00403 ESTADO RESPIRATORIO-VENTILACIÓN: El paciente mantendrá un buen equilibrio entre la inspiración y espiración, vigilando la expansión torácica y la movilización de secreciones.
-802 VIGILANCIA SIGNOS VITALES: El paciente será monitorizado para averiguar si la terapia respiratoria funciona mediante el seguimiento de los ruidos pulmonares, placa de tórax y valoración de la saturación con pulsioxímetro.
NIC
3320 OXIGENOTERAPIA:
• Mantener las vías respiratorias abiertas y permeables.
• Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante sistema calefactado y húmedo.

• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia mediante un dispositivo de valoración (pulsioxímetro).
• Comprobar la capacidad del paciente para la suspensión del oxígeno con otros fines como administrar nebulizaciones o alimentación.

3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS:
• Colocaremos al paciente en una posición que permita aprovechar al máximo la capacidad de ventilación en torno a 30-45º.
• Auscultar sonidos respiratorios, observando las aéreas hipoperfundidas para valorar terapia.
• Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.

3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
• Valorar el uso de músculos accesorios, retracciones intercostales y supraclaviculares, el movimiento torácico asegurándonos de que exista simetría.
• Controlar el tipo de respiración: taquipnea, hiperventilaciones, etc.
• Observar si persiste la disnea y si mejora con terapia.
• Anotar los cambios de SaO2 y los cambios en sangre arterial

2. NECESIDAD ALIMENTACIÓN

DIAGNÓSTICOS
 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO RELACIONADO CON APORTE EXCESIVO EN RELACIÓN CON LAS NECESIDADES METABÓLICAS MANIFESTADO POR UN PESO CORPORAL SUPERIOR AL 20% IDEAL SEGÚN TALLA Y CONSTITUCIÓN CORPORAL.
NOC
-01008 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS: Con el paciente, este nos mostrará la cantidad que ingiere tanto líquidos como sólidos en 24 horas.
01008 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES: Valoraremos el porcentaje total de nutrientes asociados a la dieta mantenida durante el día y si son de calidad adecuada.
1612 CONTROL DE PESO: El paciente nos comentará que actividades conoce para perder masa corporal y si realiza algún tipo de ellos.
NIC
1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

• Determinar las preferencias de comidas del paciente.
• En colaboración con un dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes.
• Proporcionar sustitutos del azúcar y favorecer alimentos ricos en fibra y alternativas a la sal.
1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO
• Valorar el deseo y motivación del paciente para reducir masa corporal
• Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.
• Ajustar el tipo de actividad física de forma individualizada al estado de salud y movilidad.

3. NECESIDAD ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO
 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA RELACIONADO CON OBSTRUCCIÓN ANATÓMICA MANIFESTADO POR RETENCIÓN.
NOC
502 CONTINENCIA URINARIA: En este caso, el paciente nos remitirá si responde a la urgencia, si es capaz de evacuar orina y si existen perdidas de orina.
503 ELIMINACIÓN URINARIA: Para valorar si la capacidad de filtrado realizada por riñones es efectiva o no y si estos formar orina capaz de ser recogida y eliminada (vigilando, color, olor, etc.)
NIC
580 SONDAJE VESICAL: Utilizaremos el protocolo de implantación de una sonda vesical de forma estéril.
590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
• Llevaremos un control periódico del número de micciones a nivel semanal
• Realizando recuento, observaremos si existen signos y síntomas de retención urinaria, así como de infección urinaria.
• Favorecer o restringir la ingesta de líquidos según volumen de orina excretada.
• Enseñar al paciente a vaciar la vejiga antes de los procedimientos.
610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA
• Comentaremos los procedimientos a realizar contabilizando la frecuencia, consistencia, etc.
• Ayudar a seleccionar prendas y compresas de incontinencia para el manejo a corto plazo.
• Programar la administración de diuréticos y controlar periódicamente su efectividad.

• Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama para limitar la nicturia.

4. NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

DIAGNÓSTICO
 DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN RELACIONADO CON ESTADO NUTRICIONAL E INSUFICIENCIA DEL RETORNO VENOSO MANIFESTADO POR INESTABILIDAD POSTURAL DURANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES HABITUALES DE LA VIDA DIARIA.
NOC
208 NIVEL DE MOVILIDAD: El paciente deberá mantener el equilibrio, la posición corporal y coordinación de músculos y articulaciones para efectuar movimientos.
210 REALIZACIÓN DEL TRASLADO: Valorar la capacidad de traslado de la cama a la silla y viceversa, así como la distancia que realiza y si se encuentra exhausto.
NIC
180 MANEJO DE LA ENERGÍA.
• Determinaremos las limitaciones físicas que presenta diariamente.
• Observar si existen indicios de fatiga física y emocional, averiguando causas y expresándolas.
Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.
221 TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACIÓN.
• Vestir al paciente con prendas cómodas.
• Instruir a cerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda más allá de su bastón actual.
• Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario, favoreciendo cuando sea necesario a iniciar la deambulación.

5. NECESIDAD DE DESCANSO

DIAGNÓSTICO
 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO RELACIONADO CON ASINCRONÍA CIRCADIANA MANIFESTADO POR QUEJAS VERBALES DE NO CONCILIAR EL SUEÑO NI SENTIRSE BIEN DESCANSADO.
NOC
3 DESCANSO: Observaremos factores relacionados como el tiempo, la calidad, consumo de fármacos y si ha producido beneficios a nivel físico y psíquico.

4 SUEÑO: En este caso se valoran otros parámetros como la eficiencia, el sueño interrumpido y despertar a horas adecuadas.
NIC
1850 FOMENTAR EL SUEÑO.
• Delimitaremos el esquema de sueño y vigilia del paciente.
• Valoraremos los efectos que tienen las medicaciones la hora de conciliar o mantener el sueño.
• Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama
• Disponer de siestecillas durante el día.
• Comentar con el paciente y familia, medidas de comodidad y técnicas aparte del uso de medicamentos no supresores de la fase REM.

6. NECESIDAD DE VESTIMENTA: Valoramos que presenta ropa adecuada en buen estado, que a su ingreso se le proporciona un pijama acorde al servicio de UCI. Es debido a esto que se encuentra alterado durante el servicio por circunstancias para la mejor actuación sobre el paciente.
7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: Tras la valoración de constantes durante el tiempo que permanece en el box, se verifican en diferentes puntos, que la temperatura corporal no varía, manteniéndose en 35,4 ℃. Deberemos vigilar debido al mayor intercambio de temperatura debido a las condiciones de vestimenta. Por tanto, puede estar en RIESGO DE ALTERACIÓN.
8. NECESIDAD DE HIGIENE: En nuestra primera valoración, no observamos problemas que conllevaran a ningún síndrome de desuso, aunque presentara malas condiciones en el mantenimiento de heridas y a nivel urinario por la fimosis sin tratar. Debido a esto, considero que se encuentra ALTERADA.
9. NECESIDAD DE SEGURIDAD: En el traslado desde recepción al servicio de urgencias, ya precisa su traslado en silla de ruedas ante la incapacidad de poder trasladarse en bastón. En el box, se utilizan las barandillas de contención para evitar caídas debido a su estado alterado de conciencia. Se encuentra, por tanto, ALTERADA.

DIAGNÓSTICO
 RIESGO DE TRAUMATISMO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE EQUILIBRIO Y DISMINUCIÓN DE LA COORDINACIÓN EN LOS MÚSCULOS
NOC
01911 CONDUCTA DE SEGURIDAD: PERSONAL: Valoraremos los factores que influyen en un estado seguro mediante los esfuerzos individuales para controlar acciones que puedan causar lesión física.

01912 ESTADO DE SEGURIDAD: CAÍDAS: Contabilizaremos el número de caídas durante el último año y qué situaciones o lugares son más propicios para su ocurrencia.
NIC
6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS
• Determinar la presencia de obstáculos en domicilio familiar, así como en su entorno más cercano.
• Contabilizar los recursos disponibles a nivel económico y de apoyo familiar para instaurar un entorno asegurado con dispositivos ergonómicos y disponibilidad de personal de apoyo.
6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS
• Identificar déficits o deterioros cognitivos o físicos que propicien estados que conllevan a un aumento de las caídas.
• Controlar la marcha, equilibrio y cansancio con dispositivo de movilización.
• Bloquear ruedas de sillas, camas u otros dispositivos en las transferencias.
• Uso de barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, así como la colocación de esta a una altura no demasiado alta.

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: Valorando todos los parámetros e intentando respuestas recíprocas, observamos que poseía un habla inteligible, que tras fuertes estímulos comprendía órdenes de habla, pero no se emitían de forma comprensible. Por tanto, se encuentra ALTERADA.
11. NECESIDAD RELIGIOSA: No se ha podido obtener datos referentes a su práctica religiosa, pero durante la estancia no podrá realizarla a nivel de su preferencia, aunque si tiene la disponibilidad de pedir servicios religiosos y ponerse en contacto, si profesa religión cristiana, con el cura o sacerdote disponible.
12. NECESIDAD DE TRABAJO: Ante el estado de llegada, no se pudo profundizar en el tema, aunque debido a su etapa de edad, se encuentre ya jubilado. Por tanto, a nivel de este, se encuentra alterado por definición, aunque este periodo de edad y debido a su estado de salud no se realicen actividades con fin de ingreso.
13. NECESIDAD DE OCIO: Como en casos anteriores, no obtuvimos referencia de sus actividades de ocio. Con la estancia, durante este tiempo, se verán afectadas durante este periodo. Por tanto, se encuentra ALTERADA.
14. NECESIDAD DE DESARROLLO: No obtenemos datos con respecto a ideas de conocer más sobre su enfermedad ni de mejorar las condiciones, tanto por su estado actual como por conocimientos y valoraciones previas. Considero que no es valorable por su estado y no se puede derivar conclusiones.

4 Discusión-Conclusión

Tras la evaluación de las necesidades por parte del modelo de Virginia Henderson podemos concluir que se encuentran alterados aquellos parámetros que están relacionados con la insuficiencia respiratoria aguda, como son el patrón respiratorio y de eliminación, ya que la sintomatología provocada deriva en la falta de oxígeno, hipoperfusión tisular y la retención urinaria por el edema presente.
A esto se añade el estado previo del paciente como factores que empeoran la situación actual del mismo, siendo el patrón, alimentación y movilidad condicionantes debido al elevado peso del paciente que dificulta la correcta expansión de los pulmones y caja torácica, así como la falta de actividad física que contribuyen a una musculatura más débil y por tanto peor trabajo tanto inspiratorio como espiratorio.
También destacar que su estado físico también influye en la capacidad para conciliar el sueño debido a su obesidad, por tanto, el paciente duerme en mala posición, provocando apneas del sueño e interfiriendo en el correcto intercambio gaseoso.
Por último, recordar que la valoración integral en el proceso de urgencias no está completa, ya que las situaciones de este tipo impiden una correcta anamnesis y recogida de los datos, estableciendo valoraciones que se observan con preguntas sencillas y que no profundizan en cada patrón. Por ello se deriva la necesidad de mejorar en el ámbito de la urgencia cuestionarios y protocolos estandarizados acorde a la situación en la que se encuentran para que posteriormente el paciente presenta unos cuidados de calidad.

5 Bibliografía

1. Rodríguez Serrano DA, Chicot Llano M, Iglesias Franco J, Díaz Rodríguez E. Insuficiencia respiratoria aguda. Med. 2014;11(63):3727–34.
2. Madrid C de. Manual De Diagnósticos De Enfermería (Nanda) Según Necesidades
De Virginia Henderson. Hosp Gral Univ "Gregorio Marañon" [Internet]. 2013;15–26.
Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blob
h
3. Blanquel RDG, Gutiérrez LA, Mendoza NLD, et al. Utilidad de los modelos teóricos en la elaboración del PAE: opinión de estudiantes de enfermería. CuidArte. 2015;4(7):14-21.

4. Ayuso Baptista, F., Jiménez Moral, G., & Fonseca del Pozo, F. J. (2009). Manejo de la insuficiencia respiratoria aguda con ventilación mecánica no invasiva en urgencias y emergencias. Emergencias (St. Vicenç Dels Horts), 189–202.

Capítulo 126

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

DAVID NAVAS RUEDAS

CRISTIAN CERRATO CAMACHO

ESTHER TAJUELO LARA

SORAYA MENDIOLA REY

ANA ROSA PADILLA TAPIADOR

1 Introducción

Las úlceras por presión están relacionadas con la inmovilidad del paciente, una persona de edad avanzada es un paciente con alto riesgo en desarrollar UPP, existen además otros factores como la incontinencia, la diabetes, la pérdida de peso y las infecciones.
Las UPP pueden generar una cantidad de problemas como infecciones, dolor, retrasar su recuperación y aumento de mortalidad.
Se necesita un programa de actuación ante las UPP en todas las residencias y centros hospitalarios.
El TCAE tiene un papel muy importante a la hora de prevenir este tipo de úlceras, como por ejemplo el buen aseo de la piel, la hidratación, buena alimentación y lo más importante cambios posturales cada dos horas.

Debemos conseguir que coma y beba todos los alimentos que le vayamos a ofrecer puesto que es muy necesario la dieta alta en nutrientes y proteínas, mantener al paciente muy bien hidratado, debemos conseguir que beba al menos 1L de agua diario y encargarnos de que se coma toda la cantidad de comida diaria sobre todo la carne, el pescado, el huevo que es lo que más proteína contiene.
Las úlceras que más se crean son sacro 40%, talones 20%, tuberosidad isquiática 15% y cadera 10%.
Hay varios estadios en las upp: estadio I, estadio II, estadio III, estadio IV.
Hablaremos sobre ellos más adelante de manera detallada.

2 Objetivos

Nuestro principal objetivo será impedir en la medida de lo posible que las upp aparezcan, por ellos es muy importante el buen cuidado al paciente en su aseo, hidratación tanto interior como exterior, y cambios posturales a menudo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las úlceras por presión son lesiones o trastornos de la integridad de la piel que se localiza por muerte de los tejidos por falta de circulación sanguínea, se producen en las zonas de apoyo, como caderas, sacro, talones etc.
Se debe principalmente por la falta de oxigeno de la piel y falta de nutrientes como consecuencia de falta de sangre y de una presión prolongada en el mismo punto de apoyo del paciente.
Como ya hemos nombrado antes hay varios tipos de estadio de las úlceras por presión hablaremos sobre ellas a continuación:
Estadio I: Enrojecimiento de la piel o eritema no suele cambiar el color de la piel si se deja de ejercer presión sobre el punto de apoyo. Afecta a la epidermis y no suele producir dolor.

Estadio II: Afecta a la epidermis y a la dermis, pueden aparecer ampollas en la epidermis y en la parte superior de la dermis, la piel se agrieta.
Estadio III: Supone la pérdida del grosor de la piel, implicando dolor y necrosis de la piel pudiéndose extenderse hacia dentro, afecta a la hipodermis y es una lesión muy dolorosa.
Estadio IV: Pérdida del grosor completo de la piel con destrucción extensa con tejido necrótico que daña el músculo, hueso, tendones etc.
Sabiendo todas las fases de una UPP es cuando nosotros como TCAE podemos deducir que tipo de upp presenta nuestro paciente y a saber diferenciarlas.
Con lo cual es muy importante que la alimentación sea muy equilibrada y nutritiva y alta en proteínas, con ello podemos disminuir la aparición de upp.
Es de vital importancia el buen aseo de la piel y el buen secado de la piel, aplicar crema hidratante a diario y realizar los cambios posturales cada dos horas, para la realización de esos cambios posturales necesitaremos cuñas, almohada y cojines para la comodidad de nuestro paciente y evitar que su punto de apoyo sea su cuerpo.
Es muy importante fijarnos en cada punto del cuerpo de nuestros pacientes por si tuviese algún síntoma de principio de upp, para avisar a la enfermera o médico y evitar que vaya a más.

5 Discusión-Conclusión

Como bien he nombrado a lo largo de este capitulo, insistimos en que las principales tareas del TCAE en pacientes con UPP es mantener su piel en perfectas condiciones y vigilancia constante en pacientes encamados por posibles apariciones de UPP, cuanto antes nos demos cuenta de que algún paciente presenta principio de úlcera antes podemos tomar medidas en su tratamiento y evitar así que la úlcera vaya a más.
Debemos saber que en la hora del aseo, no debemos dar masajes en la zona afectada para no perjudicar más, no utilizar productos abrasivos, y estar vigilando los síntomas de los pacientes es decir, cambio de olor en la upp, fiebre, enrojecimiento, etc.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-auxiliar-de-enfermeria-tcae/

Capítulo 127

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIA

BEATRIZ ZURRÓN ILLERA

1 Introducción

Para comenzar, el servicio de urgencias de un centro hospitalario es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que requieren de una atención inmediata. A diferencia de un consultorio médico, no requiere de cita previa y se puede acudir en cualquier momento.

Se acudirá al servicio de urgencias cuando alguna persona tiene un accidente o una enfermedad grave que requiera de atención médica inmediata y multidisciplinaria. Es importante, conocer la dinámica del servicio de urgencias ya que podría ayudarte a sentirte menos nervioso/a y ansioso/a el caso de presentarse una situación de las anteriormente nombradas.

Cuando los pacientes acuden al servicio de urgencias del hospital, nuestro personal sanitario realizará en el primer momento un triage para determinar quién debe ser atendido primero, esto significa que se evalúa la gravedad de los síntomas del paciente. Por lo tanto, los pacientes no serán atendidos por orden de llegada, sino según la severidad de su sintomatología.

A continuación del triage, se enviará a cada paciente a la unidad del servicio de urgencias correspondiente:

- Admisión de urgencias
- Triage de enfermería
- Consulta médica

- Sala de RCP
- Zona de boxes
- Unidad de semicríticos
- Unidad observación
- Unidad corta estancia
- Unidad larga estancia

2 Objetivos

- El principal objetivo de este trabajo será conocer la estructura y funcionamiento del área de urgencias de un centro hospitalario.

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: estructura, funcionamiento, urgencias.
También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

En los últimos años, los servicios de urgencias de los centros hospitalarios han comenzado a desempeñar un papel de vital importancia en el desarrollo de alternativas al ingreso hospitalario tradicional evitando así la saturación de las plantas. Así pues, estos servicios de urgencias suelen disponer de una unidad de observación, una unidad de estancia corta y una unidad de semicríticos. Todo ello supone una mejora en la capacidad resolutiva y en la eficiencia de la atención prestada.
A continuación, se enumeraran y explicarán las unidades correspondientes a estos servicios:
- Admisión de urgencias
Este lugar esta unicamente destinado a recoger los datos administrativos de los pacientes y a gestionar las altas y los ingresos procedentes del área de urgencias.
- Triage de enfermería

Recepción, acogida y clasificación de los pacientes según la gravedad de su sintomatología.
- Consulta médica
Es el lugar destinado a la atención de los pacientes que, por el motivo de su consulta, patología o estado físico, no requieran procesos diagnosticos
- Sala de RCP
Está sala se encuentra dotada con dos camillas asistidas para realizar la maniobra de RCP en el caso de ser necesario
- Zona de boxes
En este lugar los pacientes que se atiendan no requerirán procesos diagnósticos que supongan una estancia larga en el area de urgencias.
- Unidad de observación
Las camas estarán destinadas a la observación y el tratamiento de pacientes sin patología grave
- Unidad de corta estancia
Permite la asistencia de urgencias de pacientes más allá de las tradicionales tres o cuatro horas
- Unidad de larga estancia
Permite la asistencia a pacientes más allá de las 24h
- Unidad de semicríticos
Es el lugar destinado a la atención de pacientes que, son considerados como críticos y por ello requieren medidas diagnósticas o terapéuticas más específicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el servicio de urgencias de los centros hospitalarios está preparado para dar respuesta a la necesidad de atención urgente a los pacientes durante los 365 días del año, las 24 horas del día. Su cometido principal es la estabilización, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Por ello, los profesionales sanitarios que trabajen en este área del hospital deberán trabajar en equipo, desde el equipo médico hasta los técnicos auxiliares de enfermería e incluso los celadores. La tarea de todos ellos será igual de importante para lograr el mismo objetivo, una atención rápida y de calidad hacia el paciente.

6 Bibliografía

- https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200001
- https://biocritic.es/wp-content/uploads/2020/01/Organizacio%CC%81n_Triaje_2019_20.pdf

Capítulo 128

LAS TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL

ISABEL MARÍA SAINZ DE LA MAZA BUSTAMANTE

1 Introducción

Entendemos por una urgencia o aquella condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave para una persona, la atención de urgencia o emergencia ante un hecho de tal envergadura, debe ser inmediata e impostergable. Ninguna Institución de salud española puede negarse a prestar la atención rápida un paciente, ni exigir un cheque o documento en garantía para otorgarla. La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico facultativo experto de la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida.

Los servicios de urgencias de nuestro país tienen como única misión la prestación de la atención sanitaria urgente a las personas que la demanden, en el tiempo adecuado, con los recursos técnicos y humanos proporcionales que sean adecuados para satisfacer las necesidades de los ciudadanos que estén enfermos o hayan sufrido un accidente. Será necesaria la colaboración de todos los ciudadanos para hacer un uso correcto de este servicio en función de los recursos del sistema y de acuerdo a las necesidades de salud necesarias, evitando situaciones de uso poco

responsables o abusivas, como por ejemplo, llamar para solicitar este servicio por una cuestión que no sea importante ya que entorpecen el funcionamiento de este servicio.

2 Objetivos

- El principal objetivo de este artículo será conocer el trabajo que debe desarrollar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de las consultas del urgencias.

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: consultas, servicio, urgencias.
También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El servicio de urgencias de un centro hospitalario se divide en varias áreas, de las cuales en este trabajo estudiaremos el área de consultas del servicio de urgencias. En ella, trabajaran en conjuntos todos los médicos facultativos, equipos de enfermería, equipos de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores/as. Todos ellos tiene fijado el mismo objetivo común, un correcto y eficaz trabajo en equipo.
Las tareas que se le otorgan al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de consultas serán las siguientes:
- En el control del equipo de enfermería: deberá revisar, reponer y ordenar el material necesario.
- En las consultas del equipo facultativo:
+ Revisar, reponer y ordenar las bandejas de papelería.
+ Revisar y reponer el material de los armarios, reponiendo exclusivamente lo que esté indicado en los rótulos.
+ Revisión de estores.

- En la consulta de otorrinolaringología:
+ Revisar, reponer y ordenar las bandejas de papelería.
+ Revisar y reponer el material de los armarios, estantería y carro de otorrinolaringología, reponiendo exclusivamente lo que esté indicado en los rótulos.
+ Comprobar y revisar el correcto montaje del sistema de aspiración.
- En la consulta de oftalmología:
+ Revisar, reponer y ordenar las bandejas de papelería.
+ Revisar y reponer el material de los armarios, estantería y vitrinas reponiendo exclusivamente lo que esté indicado en los rótulos.
+ Revisar la fecha de apertura de los colirios, desechándolos al mes.
+ Limpieza de la lámpara de hendidura cada vez que se utilice con surfa-safe y gasa no estéril (sin aclarar) y cubrir con una entremetida hasta nuevo uso.
- En la sala de técnicas:
+ Revisar y reponer el material de los armarios, estantería y vitrinas reponiendo exclusivamente lo que esté indicado en los rótulos.
+ Comprobar y revisar:
- Material de vitrina: 2 doppler , un esfingomanómetro manual , un fonendo y un glucómetro.
- Revisión de sillones para comprobar que portan un palo de gotero.
- Biombo portátil.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en el área de consultas de urgencias de un hospital todo el personal del servicio sanitario es de vital importancia, desde los facultativos hasta los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, aquí vemos la importancia de la figura de este profesinal en este servicio. Todos los componentes de la cadena son ensenciales, ya que si falla uno fallan todos por lo que en conjunto, con organización y unificando los protocolos y criterios actúan de forma organizada, rápida y eficaz ante una urgencia, lo cual es fundamental.
Una de las cosas más fundamentales es que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe saber priorizar sus tareas en función de la necesidad de los pacientes. Deberá saber trabajar en equipo con el resto de sus compañeros y trasmitir tranquilidad al enfermo.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_urgencias

- https://medlineplus.gov/spanish/emergencymedicalservices.html
- https://revistamedica.com/tcae-urgencias/

Capítulo 129

LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL CORONAVIRUS

SILVIA MARÍA CUEVAS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los coronavirus son un grupo de virus comunes, el nombre de estos se debe principalmente a las puntas en forma de corona que se hallan en su superficie. En la actualidad, durante la pandemia que hemos sufrido, hemos lidiado con el más reciente de los coronavirus, identificado en el 2019 y el causante de la enfermedad llamada COVID-19. En este momento, conocemos diferentes variantes del virus que se están dando, estas variantes virales son importantes porque algunas pueden tener mutaciones que generen cambios en ciertas características como la transmisión, la eficacia de las vacunas, riesgos de reinfección o en la gravedad de la enfermedad, las cuales deben evaluarse atentamente para determinar el riesgo a la salud pública que implican.

Existen ciertas caractericticas en las variantes del coronavirus que producen cierta preocupación ya que son aquellas en las que se demuestran cambios en algunas de las siguientes características:

- Las variantes que producen un aumento de la transmisibilidad entre personas.

- Aquellas variantes que provoquen en los pacientes un aumento de la gravedad de la enfermedad.

- Las variantes que de alguna manera afecten la eficacia y la eficiencia de las medidas preventivas, como la vacunación.

Debemos recordar que desde el inicio de la pandemia se han identificado una serie de variantes como Delta, Ómicron, Silenciosa… etc.. de las cuales todavía alguna circula actualmente.

2 Objetivos

- Exponer las medidas existentes para la prevención frente al coronavirus por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería

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: prevención, coronavirus, tcae.

4 Resultados

En la actualidad, existen muchas formas en las que las acciones del personal sanitario como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden ayudar a proteger a los pacientes y a sus familias evitando así enfermarse gravemente a causa del COVID-19.
Todas estas medidas de adaptación a las necesidades asistenciales han tenido como fruto, en primer lugar, un refuerzo en el trabajo en equipo entre profesionales sanitarios, como el equipo facultativo de las diferentes ramas, el equipo de enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería. Por lo que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberán de aplicar una serie de medidas preventivas para evitar contagiarse ellos mismos con esta enfermedad y evitar su transmisión al personal del centro sanitario o los pacientes. Las medidas preventivas son:

- Algo muy importante será que la higiene personal de los profesionales sanitarios deberá ser reforzada. El centro de trabajo en el que nos encontremos debe pro-

porcionar los medios para el aseo de los trabajadores: jabón, gel hidroalcohólico, toallas…

- Realizar la higiene de manos entre paciente y paciente y después de tocar cualquier superficie siempre será la mejor medida de control y prevención.

- El uso de la mascarilla de forma adecuada en la realización de cualquier actividad. Deberemos desechar la mascarilla cuando sea necesario, y siempre que hayamos estado en contacto con pacientes positivos.

- Guardaremos una distancia física de al menos 1,5m entre los compañeros (siempre que sea posible).

- Los profesionales deberán seguir una formación en la continua actualización de medidas preventivas, ya que estamos en continuo aprendizaje.

- En el caso de que tengamos que toser, lo haremos dentro de la mascarilla o cubriendonos con un pañuelo.

- Nos evitaremos siempre que podamos tocarnos los ojos, nariz y boca.

- Se deberá extremar la higiene de los lugares de trabajo.

- Los espacios interiores siempre deberán de estar ventilados y con dispensadores de gel desinfectante a la entrada y salida de cada espacio al que vayamos a acceder.

- Realizaremos un cambio diario del uniforme de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar el presente trabajo, diremos que dada la gravedad de la situación actual, todos los profesionales sanitarios y más aún los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberemos de emplear todas las medidas preventivas exigidas por las autoridades de manera estricta. De esta manera evitaremos el contagio de nosotros mismos, pero a su vez eliminaremos una vía de transmisión de gran alcance ya que nosotros como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería somos un eslabón principal del hospital y tenemos contacto con otros muchos profesionales y pacientes. El conjunto de todas las recomendaciones existentes nos ayudarán a frenar la transmisión de los agentes. Estas medidas son de importancia vital aplicadas en todos los ámbitos de la vida diaria pero especialmente

en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/COVID-19

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007767.htm

- https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/covid-19

Capítulo 130

PACIENTE CON TRAUMATISMOS DEL APARATO LOCOMOTOR

BEATRIZ RECUERO FUENTES

MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ

MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ

NIEVES PAZ CORONEL

CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL

1 Introducción

Todas las articulaciones y huesos tienen elasticidad en mayor o menos medida, lo que permite que al ser golpeados puedan absorber la fuerza del golpe sin romperse, hasta cierto punto. A veces, según la intensidad del golpe, la energía que contenga, el estado del hueso… se puede producir una rotura de los ligamentos, del hueso, pérdida de la continuidad de las articulaciones, etc, a todo esto se le conoce como una lesión del aparato locomotor. Estas lesiones por sí mismas no suponen ningún peligro para la vida, pero cuando están acompañadas de otro tipo de lesión a nivel de los tejidos blandos, vasos sanguíneos, nervios, músculos, tendones, ligamentos, pueden complicar la lesión. El conjunto de éstos sí que pueden llegar a amenazar la vida de la persona.

El sistema musculo-esquelético está formado por la unión del hueso, la articulación y el músculo, creando el elemento de sostén, protección y movimiento del cuerpo humano. Se compone de 206 huesos divididos en 3 regiones principales:

- Cabeza compuesta por los huesos del cráneo y la cara.
- Tronco formado por la columna vertebral.
- Miembros superiores e inferiores (brazos y piernas).

Para que los huesos sean útiles precisan de articulaciones, músculos y nervios. Es muy importante conocer el funcionamiento del aparato locomotor así como de los traumatismos o enfermedades que pueden interferir en él.

2 Objetivos

- Aprender las patologías más frecuentes de los huesos, articulaciones y músculos.
- Definir lo que es y en qué se basa la mecánica corporal.
- Diferenciar los tipos de roturas que existen.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente es 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una fractura es la pérdida de continuidad del hueso, se pueden producir por enfermedades o por haber aplicado algún tipo de fuerza violenta sobre el hueso, son dolorosas, pero no se consideran mortales, aunque si no se atienden y curan pueden causar serios problemas de la salud, llegando incluso a incapacitar a la persona.

Existen varios tipos de fracturas según si haya rotura de piel o no. En caso de no existir rotura de la piel, podemos encontrar una fractura cerrada donde el hueso se fractura pero la piel permanece intacta, se conoce también como simple fractura abierta en la que se rompe tanto el hueso como la piel, puede acarrear hemorragias, infecciones… se la conoce como fractura complicada.

Normalmente los signos de una fractura son dolor intenso, deformidad y acortamiento, amoratamiento de la zona, inflamación e impotencia funcional.

En caso de fractura o sospecha de su existencia se recomienda no movilizar al accidentado si no es necesario retirar anillos, relojes, pulseras… inmovilizar la

zona, cubrir la herida, si la hubiera con apósitos estériles y trasladar a la víctima a un centro sanitario.
Las patologías más frecuentes respecto a los huesos son:
- Osteoporosis: se produce por un desequilibrio entre la formación y destrucción del hueso, suelen causar dolor, deformaciones y fracturas. Es más común en mujeres.
- Osteoclerosis: engrosamiento de las estructuras óseas. Causa astenia, adelgazamiento y dolor.
- Osteomielitis: inflamación del hueso debido a una infección. Los síntomas son: fiebre, dolor, eritema y espasmo muscular.

- Neoplasias o tumores: pueden ser benignos o malignos.
Respecto a las articulaciones podemos encontrar:
- Artritis: inflamación de las articulaciones.
- Gota o artritis gotosa: formación de cristales de urato sódico. La articulación del dedo gordo del pie se ve afectada.
- Artrosis: enfermedad degenerativa articular no inflamatoria. Causa dolor y rigidez.
- Hernia de disco: protusión del núcleo gelatinoso del disco intervertebral que puede llegar a comprimir la nariz nerviosa. Según el grado de desplazamiento se habla de 3 estados de hernia discal.
En cuanto a los músculos encontramos:
- Miastenia grave: trastorno autoinmune que altera la conducción del impulso nervioso hacia las fibras del músculo.
- Distrofias: es una atrofia progresiva del músculo sin que exista lesión aparente de la médula espinal. Suelen ser hereditarias.
- Miopatías metabólicas: trastorno muscular por la alteración al utilizar el organismo la glucosa como fuente de energía para el músculo.
La mecánica corporal son las normas fundamentales que se deben respetan al realizar movilizaciones o cuando haya que transportar pesos, utilizando el sistema músculo- esquelético de forma eficaz, para así poder evitar el que aparezcan lesiones evitables del profesional y el paciente, o la aparición de fatiga innecesaria y contribuir de esta manera a aumentar el bienestar.
Como normas generales de la mecánica corporal encontramos: no doblar la cintura al levantar el objeto pesado, sino flexionar las piernas y elevar el cuerpo manteniendo la espalda recta. Apretar los músculos del abdomen y de los glúteos. Sujetar o trasladar el objeto manteniéndolo cerca del cuerpo.
No hay que olvidar nunca que deslizar o empujar es más recomendable que levantar, así como que el cuerpo debe estar alineado de forma adecuada siempre que

se haga un esfuerzo.

5 Discusión-Conclusión

El personal de TCAE, así como celadores, o personas que cuiden a otros pacientes deben saber cuáles son las posiciones recomendadas en casa caso, según el tipo de situación en que se encuentren, así como los procedimientos adecuados para realizar cambios posturales u otra clase de movimientos recomendados para el paciente encamado. Tanto en este tipo de actividades como en todos aquellos en los que se precise sostener, levantar, o desplazar a alguna persona u objeto, es conveniente conocer y saber aplicar los principios básicos que rigen la mecánica corporal.
Entre los trabajadores del sector sanitarios, los accidentes y enfermedades laborales que más les afectan son las referentes a la espalda, aunque en gran medida también se encuentran dolores óseos y musculares en general, todo debido a la alta demanda física de su trabajo así como la necesidad de inclinación y torsión corporal, el tener que levantar grandes pesos, empujarlos o tirar de ellos. Por ello, es muy importante adquirir buenos hábitos corporales, respetar los descansos y llevar una buena alimentación.

6 Bibliografía

- Preparación oposiciones TCAE para el SESCAM editorial CET.
- Auxiliar de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
- www.conguada.es
- www.acciosalud.com

Capítulo 131

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. CÓMO SE REALIZA. DIFERENCIAS ENTRE ADULTO, NIÑO Y RECIÉN NACIDO

BEATRIZ RECUERO FUENTES

MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ

MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ

NIEVES PAZ CORONEL

CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL

1 Introducción

Una de las causas más importantes de las muertes que se producen como consecuencia de los accidentes, los ataques cardíacos y otras causas de urgencias son los paros cardíacos.
Transcurridos más de 4 a 6 minutos de la detención de la circulación sanguínea puede ocasionar un daño cerebral irreversible. Si el tiempo supera los 6 minutos el daño cerebral pasa a ser extremadamente probable y pasados los 10 minutos es irreversible.
Es por ello que una actuación rápida y eficaz en cuanto a la reanimación es probable que evite un porcentaje alto de lo que se consideran muertos clínicos pasen

a considerarse como muertos biológicos. Este tipo de reanimación puede ser realizada por cualquier persona con una formación básica al respecto.
El resultado dependerá en gran medida de lo rápida que haya sido la actuación y de lo bien que se haya realizado la técnica. Por ello es muy importante que toda la población sea instruida en la RCP.
Una parte fundamental es saber realizar la maniobra dependiendo del paciente con el que nos encontremos, ya que no se realiza igual en un adulto, que en un recién nacido.
El objetivo de la RCP es con la respiración boca a boca, suministrar oxígeno a los pulmones de la persona y con las compresiones torácicas mantener la sangre oxigenada y circulando hasta que pueda restablecer por sí misma.

2 Objetivos

- Aprender lo que es la cadena de supervivencia.
- Adquirir los conocimientos necesarios para poder realizar una RCP rápida y efectiva según el tipo de persona.
- Reconocer una parada cardiopulmonar.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo, se4 ha llevado a cabo una exhaustiva investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
También se ha realizado una búsqueda sistemática de los libros, así como también se han consultado artículos en diversas bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Por último se han consultado libros preparatorios del grado medio de TCAE y de preparación de diversas oposiciones.

4 Resultados

Lo fundamental para realizar una RCP efectiva es establecer la cadena de supervivencia, cambiando los 4 eslabones que la componen, cada uno de ellos con sus acciones y objetivos.
Estos eslabones son:

- Alerta inmediata: su principal objetivo es iniciar los cuidados básicos, reconocer el estado de la víctima y alertar los servicios de urgencias.
- RCP básica: lo que busca es aportar oxígeno a los tejidos y sobre todo al sistema nervioso central mediante la respiración boca-boca y las compresiones torácicas, así se gana tiempo hasta poder aplicar la RCP avanzada.
- Desfibrilación rápida: busca la recuperación de la función cardíaca y respiratoria.
- Cuidados post-respiración: con el traslado del paciente a un centro hospitalario para su posterior observación y cuidados.

La RCP se aplica ante una parada cardiorrespiratoria. Como norma general, el primer signo de una parada cardíaca es la pérdida del conocimiento, como consecuencia del paro al corazón. A veces, el paciente, antes de desmayarse, suelen sentirse excitados, mareados, aturdidos… en otras ocasiones pueden presentar un dolor en el pecho, dificultad respiratoria, nauseas, vómitos, incluso unas horas antes de sufrir la pasada.

Es por ello que se deben saber identificar estos signos para poder actuar rápido.

Lo primero cuando una persona se desmaya, no responde ni respira, o no tiene pulso es realizar unas comprobaciones y asegurarnos si la persona está en parada cardiorrespiratoria o no. El primer paso es comprobar el estado de consciencia, si está consciente se deja en la posición encontrada y se avisa al 112 valorándolo continuamente. En caso de que no respondiera, se tumba a la víctima boca arriba y se abre la vía aérea con una maniobra frente-mentón y comprobamos que no esté obstruida. El segundo paso es comprobar la respiración, si existe respiración, se sigue evaluando a la víctima hasta la llegada de los servicios de emergencias, si no respira se avisa a emergencias del lugar donde nos encontramos y que se trata de una posible parada cardiorrespiratoria.

El tercer paso es iniciar las compresiones torácicas para ello habrá que arrodillarse al lado de la víctima, se coloca el talón de la mano en el centro del pecho y el otro talón de la otra mano encima de la primera, entrelazando los dedos y a un ritmo de 100 o
120 compresiones por minuto se le aplicarán 30 compresiones. Después de éstos 30 se realizarán 2 respiraciones de rescate.

Así se seguirá procediendo hasta la llegada de los servicios de emergencias.

La diferencia en niños, es que a éstos se comienza con 2 respiraciones de rescate boca- boca y en bebés se hará boca-boca/nariz.

En bebés o víctimas pequeñas las compresiones torácicas se realizarán sólo con una mano o en víctimas recién nacidas o bebés, con sólo 2 dedos.

5 Discusión-Conclusión

- Como ya se ha expuesto es muy importante que todas las personas estén instruidas en la realización de la RCP, así como en el uso de los desfibriladores automáticos.
Deberían impartirse cursos desde los colegios y repitiéndoles como refuerzos cada cierto tiempo, así todas las personas se sentirán capaces de realizar maniobras en cualquier circunstancia.
Todos los cursos de RCP básica que se puedan impartir a la población general deberían ser de carácter obligatorio ya que se ha demostrado que son un método muy útil de formación tanto práctica como teórica y que logran que las personas mejoren la capacidad propia de actuar de una manera rápida y eficaz para resolver emergencia, ayudando así a salvar miles de vidas.
También se considera que en lugares donde se concentre mucho o exista un número alto de empleados, es importante disponer de desfibriladores automáticos y que todos los empleados conozcan su uso y funcionamiento.

6 Bibliografía

- Libro auxiliar de enfermería. Editorial Mc Graw Hill, 7a edición.
- Libro Actuación básica en emergencias: Primeros auxilios Editorial Altaban. 2a edición.
- www.medlineplus.gov
- www.formacionysalud.com

Capítulo 132

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS DE MENORES Y RECIÉN NACIDOS: URGENCIAS PEDIÁTRICAS

BEATRIZ RECUERO FUENTES

MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ

MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ

NIEVES PAZ CORONEL

CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL

1 Introducción

Dentro de las urgencias de un hospital, existe un bloque compuesto por un equipo de médicos pediátricos, neonatólogos, traumatólogos, cirujanos, TCAES y cuidado de personal de enfermería especializado y son las urgencias pediátricas. En ellas se atienden desde neonatos y recién nacidos hasta los pacientes que cumplan
16 años, en cuyo caso ya serán atendidos en las urgencias normales.
Al igual que ocurre en el servicio de urgencias hospitalarias para adultos, en las pediátricas existe un traje, este paso es muy importante, ya que en él se ordena y clasifica a los pacientes según sus patologías, gravedad o características, para determinar quién urge más su atención.

En este proceso realizado por personal cualificado lo que se hará es recoger una valoración del estado general del paciente, identificar cuál es el motivo que origina la consulta, los factores de riesgo personales, antecedentes familiares…
El servicio de urgencias pediátrico, es un servicio especial ya que entendemos que hay menores con algún tipo de problema y ello angustia mucho a sus familias. Hay que aprender a distinguir cuándo se debe acudir al servicio, ya que se corre el peligro de saturarlo y que la actuación no pueda ser eficaz.
Lo más importante que se debe hacer es mantener la calma ya que la ansiedad de los padres o familiares puede ser transmitida a los hijos y esto no ayudará a mejorar su estado de salud.

2 Objetivos

- Aprender a saber cuándo se debe acudir a urgencias y cuándo esperar a la consulta pediátrica.
- Conocer las principales causas de las urgencias pediátricas.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo, se4 ha llevado a cabo una exhaustiva investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
También se ha realizado una búsqueda sistemática de los libros, así como también se han consultado artículos en diversas bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Por último se han consultado libros preparatorios del grado medio de TCAE y de preparación de diversas oposiciones.

4 Resultados

Nadie está exento de sufrir una enfermedad o accidente y los menores, mucho menos.
Por ello, es muy importante saber qué hacer ante una urgencia.
En primer lugar se debe acudir a éste servicio si el menor presenta vómito y fiebre a la vez, si padece de fiebre muy alta, si tiene anorexia de varios días de duración, en el caso de tener heridas profundas que necesiten sutura, dolor de oídos con

supuración, dolor continuo en la zona abdominal, problemas en la ingesta de alimentos, alguna lesión en las extremidades que impidan si movilidad, sangre en la orina, problemas o dificultad respiratoria, diarrea con sangre que no desaparece, hemorragias, traumatismo en la cabeza con o sin pérdida de conocimiento…
Una vez se recibe al paciente en urgencias se clasifica en 2 tipos:
- Paciente estable: son los que a su llegada a este servicio tienen una apariencia normal, con buena respiración, constantes vitales estables y buena circulación. Estos pacientes serán atendidos en un principio según el orden de llegada.
- Paciente inestable: son menores que llegan con alguna señal en su aspecto, circulación, respiración… alterado. Estos pacientes se atienden de forma inmediata.
Si las urgencias pediátricas están integradas en el servicio del hospital, se intentará que los niños no se crucen con el acceso de emergencias de adultos.
La mayoría de las urgencias pediátricas suelen ser por causas banales, que acuden sin haber pasado primeramente por el servicio de pediatría y no precisan de ninguna prueba complementaria.

Dentro de esta unidad existe una sala de espera, aseos para los pacientes, boxes polivalentes para exploración y diagnóstico, sala de curas, sala de observación, control de enfermería, almacén de material y de lencería, cuarto de sucio, office de limpieza, sala de estar para el personal y cuarto de limpia.
Las patologías más frecuentes de este servicio son:
- Sangrado que no para.
- Problemas respiratorios (tanto en la dificultad respiratoria como la falta de aliento). Pueden ser neumonías, bronquitis, bronquiolitis.
- Dolor torácico.
- Problemas gastrointestinales (vómitos o diarrea).
- Lesiones sobre todo producidas por cortes y traumatismos.
- Fiebre elevada.
- Convulsiones.
- Genitourinario. Dolor o molestias al orinar con o sin aparición de sangre en la orina.
- Crisis asmática.
- Quemaduras.
Dividido por edades las causas más comunes para acudir a urgencias con neonatos son los problemas respiratorios, en cuanto a los lactantes y preescolares son los problemas respiratorios, gastrointestinales, fiebre y traumatismos, respecto a niños en edad escolar son los traumatismos por caídas y en edad adolescente siguen siendo las patologías traumáticas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque a lo largo de la vida de un niño siempre aparecerán enfermedades o traumatismos y tal y como se ha explicado, los accidentes junto a las enfermedades infecciosas son unos de las principales causas de urgencias pediátricas hay medidas que se pueden aplicar para minimizar en la medida de lo posible estas visitas. Entre las más sencillas están la vacunación tanto del niño como de sus familiares, una correcta higiene personal y ambiental no llevar a niños con síntomas a clase para evitar contagios, no dejar a menores sin vigilancia en parques o piscinas y quitar del alcance tóxico, objetos cortantes y punzantes.

Aun así algunos casos no son evitables, es por ello que se debe reconocer qué signos son graves como para ir a urgencias y cuáles sólo requieren de una visita al médico pediatra.

No se debe ser alarmista y acudir por todo al hospital ya que sólo provoca colas innecesarias y colapsos.

6 Bibliografía

- www.contrataciondelestado.es
- www.medline.es
- www.saposyprincesas.elmundo.es
- Protocolos de urgencias pediátricas del hospital General Universitario de Ciudad Real.

Capítulo 133

HEMORRAGIA NASAL POR TENSIÓN ALTA EN URGENCIAS Y EL TCAE

EVA HEREDIA URBANO

SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ

AIDA MOHAMED AMAR

1 Introducción

Cuando sufrimos una hemorragia tendemos a tener una gran perdida de sangre. Normalmente las hemorragias nasales no suelen ser preocupantes pero si estás vienen acompañadas de una subida de tensión y dura varios días ya se deben hacer pruebas.
Cuando las hemorragias o epistaxis ya en este caso vienen con una gran subida de tensión porque el paciente es hipertenso se puede deber a problemas de corazón y hay veces que incluso se puede decir que la hemorragia les ha salvado la vida ya que mientras reviente una vena en la nariz no revienta en la cabeza y evitar un posible ictus.
Normalmente estos episodios los lleva el otorrino hasta descubrir la razón principal y ya derivar al paciente a la especialidad que le competa según las pruebas.
Es muy importante que lleven una vida tranquila, que hagan ejercicio moderado para que los músculos se muevan y no se engarroten , que sigan una alimentación saludable y baja en sal así como nunca dejar de tomar la medicación pautada para la tensión y si después de varios días de toma de tensión sigue alta cambiar la medicación hasta que den con la que le hace falta y le viene bien y así volver a su vida normal.

2 Objetivos

Conocer el sangrado nasal y hablar de un caso en concreto el cual vivimos con un paciente.

3 Caso clínico

Nos encontramos de guardia en el área de urgencias cuando a las seis y media de la mañana acude un hombre refiriendo que llevaba dos horas sangrando por la nariz sin parar y ya viendo que no conseguía pararlo decide acudir a urgencias.
Se le traslada a triaje donde presenta una tensión muya alta, tenía a la entrada 15/23 y una temperatura normal.
Lo trasladan a un box donde comienzan las enfermeras a colocarle los chupones para tener controlado su corazón mediante un electro y el aparato de la tensión constante.
En el transcurso de triaje al box y lo que tardan en ponerle los aparatos para controlarlo pasan unos cinco minutos y en ese tiempo vuelve a subirle la tensión a 17/26 y ya refiere dolor de cabeza y la hemorragia es constante y más abundante.
El paciente refiere sentirse nervioso y que los hospitales no le gustan y que es ver a un profesional sanitario y le sube la tension.
Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería comenzamos a quitarle la ropa la cual al final hay que cortarla y tirarla y a asearlo para quitar toda la sangre por su cuerpo manos y colocarle un pijama de un solo uso.
El paciente comienza a relajarse ya que la medicación comienza a hacerle un poco de efecto y la hemorragia también comienza a aflojar.
Ayudamos al personal de enfermería con los taponamientos preparando el tapón con anchifibrim en ampolla que es un medicamento especial para la hemorragia y ayudamos a introducirlo en el orificio.
Finalmente tras varias pruebas entre ellas analítica y electro el médico decide enviar al paciente a cardiología ya que el electrocardiograma presenta varios picos y la tensión le cuesta mantenerla en los parámetros correctos.

4 Discusión-Conclusión

Lo primero cuando el episodio de hemorragia nasal se prolonga durante mucho tiempo o si el derrame es abundante y no cede con los taponamientos caseros. Cuando se trata de un episodio de epistaxis anterior, donde la hemorragia ocurre a través de las fosas nasales, el tratamiento empieza desde casa. El paciente debe

sentarse derecho, si se inclina demasiado hacia atrás podemos no percibir la hemorragia que se iría por la faringe. Tras esto, se debe dejar de estimular la nariz.

Una vez hecho esto, se debe comprimir la nariz durante un mínimo de 5 minutos, lo que lograría el cese de la hemorragia. En realidad, los sangrados de la nariz se dan por otras razones que no están ligadas con la presión arterial alta, en la mayoría de casos. Pero los casos en los que si se suele decir que cuando te sangra la nariz es que te ha salvado la vida, siempre mejor por la nariz que en la cabeza. Cuando acuden a urgencias y ya han pasado el tcae se encarga de cubrir sus necesidades, así como limpiar la sangre y cubrir la nariz con un taponamiento.

5 Bibliografía

-google académico

Capítulo 134

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LOS CUIDADOS PREOPERATORIOS DEL PACIENTE

NOELIA ALFARO SERRANO

MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ

ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA

1 Introducción

El quirófano (De quiro- y del gr. phaínein ‘mostrar´) según la Real Academia de la lengua Española es el “Local acondicionado adecuadamente para hacer operaciones quirúrgicas”.
La mayoría de las intervenciones quirúrgicas desarrolladas en los centros hospitalarios se desarrollan en ese local, son las intervenciones conocidas como cirugía mayor. Sin embargo, por otro lado encontramos la cirugía menor, las cuales pueden llevarse a cabo en centros hospitalarios o en centros de salud.
Las autoras Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa , la asistencia perioperatoria es “toda aquella asistencia que incluye los cuidados necesarios para la atención en todo lo relacionado con el paciente quirúrgico” (Mc Graw Hill Education, 2013).

La actividad perioperatoria es dividida en tres fases, según en que etapa se encuentre la intervención o sus actividades asistenciales:
• Fase preoperatoria. Fase iniciada en el momento que se decide operar al paciente. Todas aquellas actuaciones llevadas a cabo de manera previa a la intervención quirúrgica.
• Fase operatoria. Todas aquellas actuaciones llevadas a cabo durante la intervención quirúrgica dentro de la sala de operaciones.
• Fase posoperatoria. Fase iniciada cuando el paciente es trasladado a la unidad de recuperación del bloque quirúrgico. Todas aquellas actuaciones llevadas a cabo una vez finalizada la intervención quirúrgica al paciente. Esta fase es finalizada cuando se produce el traslado del paciente a la planta de hospitalización.

2 Objetivos

- Conocer las pautas de actuación llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

- Exponer los conceptos de quirófano y asistencia perioperatoria, establecidos en diferente bibliografía.
- Describir las tres fases que conforman la asistencia perioperatoria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados preoperatorios son todos aquellos cuidados previos realizados al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y los cuales son llevados a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
Todas estas actuaciones tienen la finalidad de que el paciente que va a ser intervenido lo haga en las mejores condiciones posibles, ya que es de vital importancia reducir el riesgo quirúrgico y por lo tanto, facilitar su recuperación. Por ello, la importancia de realizar estas actuaciones de la mejor manera posible.

PAUTAS DE PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA EN LOS DÍAS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN

• Ayudar al equipo de enfermería a reunir todos los datos, pruebas, analíticas… necesarias para la intervención.
• Ayudar al paciente durante su aseo y el lavado d cabello. Y ayudar a cortar uñas de manos y pies.
• Rasurar la zona que va a ser intervenida.
• Realizar los enemas limpiadores que hayan sido prescritos por los médicos.
• Animar al paciente para su deambulación precoz para evitar una embolia.
• Colocar en el piecero de la cama un cartel indicando que ese paciente se encuentra en ayunas debido a una intervención cercana.

PAUTAS DE PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DURANTE EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

• Identificar al paciente. Pedir al paciente que te diga su nombre.
• Una hora antes de la intervención pedir al paciente que se asee con jabón antiséptico o si es un paciente encamado, asear a dicho paciente.
• Comprobar que la zona se encuentre rasurada, o en su defecto, rasurar la zona que va a ser intervenida.
• Retirar efectos personales (anillos, pulseras, relojes, cadenas…) o prótesis (audífonos, lentillas, gafas, dentaduras…) haciendo entrega de los mismos a la familia.
• Pesar y medir al paciente, especialmente si es un niño.
• Pedir al paciente que haga previamente sus necesidades en el baño.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, titulado "Actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante los cuidados preoperatorios del paciente" la actuación perioperatoria es dividida en tres fases dependiendo del momento en el cual se encuentre la intervención. Encontramos la fase preoperatoria, la cual ha sido detallada en este capitulo, la fase operatoria y la fase posoperatoria.

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran cada una de las actividades que deben realizar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la fase preoperatoria en la que se encuentra el paciente, dichas actuaciones serán realizadas durante los días previos o en el mismo día de la intervención.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. 2010. España. Editorial Editex.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Diccionario Oxford.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

Capítulo 135

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA. USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

NOELIA ALFARO SERRANO

MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ

ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA

1 Introducción

La contención física o también conocida como contención mecánica de los pacientes es una actuación terapéutica llevada a cabo en casos excepcionales y la cual va dirigida a inmovilizar de manera parcial o total zonas corporales determinadas de un paciente. Por norma general, estos pacientes suelen ser pacientes que se encuentran agitados o que supone un peligro para los demás pacientes o para su propia seguridad.

Antes de proceder a utilizar esta técnica, se deben utilizar otras alternativas como la contención verbal o la contención farmacológica, ya que conlleva a la limitación de la libertad del paciente, por lo tanto a la restricción de los derechos humanos de los pacientes contenidos.

El uso de las contenciones mecánicas deben estar justificadas por el equipo médico encargado de los pacientes que son objeto de estas contenciones y al producirse alguna de las siguientes situaciones:
• Evitar el daño del propio paciente o el daño producido a otros pacientes.
• Evitar el daño a las personas que lo rodean como familiares y personal sanitario o las instalaciones que tiene a su alrededor.
• Para asegurar la continuidad del tratamiento necesario en los pacientes con conductas agresivas.
• Evitar daños durante la administración de medicación.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el procedimiento de contener mecánicamente a un paciente.
- Exponer las indicaciones recomendadas para el uso de la contención mecánica en pacientes agitados.
- Describir la actuación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente agresivo o agitado.

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

Todo el personal que desarrolla sus funciones en las unidades de psiquiatría de los centros sanitarios, ya sea personal sanitario (médicos, enfermeros, TCAE) como personal no sanitario (celadores o personal de seguridad) están obligados a participar en el proceso de contención del paciente que se encuentre agitado, siempre bajo la orden y supervisión del médico especialista en psiquiatría encargado de dicho paciente.
A su vez, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tendrán las siguientes funciones durante dicho procedimiento:

• Colaborar durante el desarrollo y sujeción de la contención física.
• Participar en las actividades asistenciales de cuidado, control y observación del paciente agitado que se encuentra con contención mecánica.
• Custodiar los materiales utilizados durante la contención y procurar que el material se encuentre en perfecto estado, comunicando a sus supervisores el estado del material.

MATERIAL NECESARIO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA

• Cinturón abdominal.
• 2 sujeciones para los pies.
• 2 sujeciones para las muñecas.
• Alargaderas para fijar las contenciones a los enganches de la cama previstos para este fin.
• Pinchos necesarios para cada sujeción.

ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE AGRESIVO

• Vigilar y controlar el uso de materiales que supongan riesgo para el propio paciente o el resto de pacientes (maquinillas, cuchillas, mecheros…)
• Controlar continuamente la ubicación del paciente dentro de la unidad.
• Proceder a realizar controles nocturnos en habitaciones y estancias comunes.
• Comunicar de inmediato al equipo de enfermería del estado de agitación de un paciente para que estos lo comuniquen al equipo médico.
• Realizar contención verbal previamente a proceder a la contención mecánica del paciente.
• Procurar no dañar al paciente durante el procedimiento de actuación de la contención mecánica.
• Comunicar al resto de pacientes que se retiren a sus habitaciones.
• Participar en la contención mecánica junto al equipo de la unidad, bajo la orden y supervisión del médico especialista encargado de ordenar la contención.
• Tranquilizar al resto de pacientes con la finalidad de que estos no alteren más al paciente agitado.

5 Discusión-Conclusión

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA. CONTENCIÓN MECÁNICA

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado “Actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante una urgencia psiquiátrica. Uso de la contención mecánica” nos demuestra que la contención

mecánica es empleada con aquellos pacientes que tienen unas actuaciones agresivas o peligrosas con ellos mismos o con el resto de pacientes, familiares o personal sanitario. Sin embargo, esta contención además de ser ordenada y supervisada por el médico especialista encargado del paciente, debe reunir una serie de características para que pueda ser empleada, ya que supone la delimitación de los derechos humanos de los pacientes. Y una vez empleada, debe realizarse de manera que el paciente no sufra daño y mantenga su intimidad y honor.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018
- https://scielo.isciii.es/scielo
- PARDO, A. PULIDO, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Diccionario Oxford.

Capítulo 136

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES POSTMORTEM

PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO

MARTA GRIMALDOS HERREROS

ANTONIO NARRO HELLIN

SANDRA COTILLAS LOPEZ

CARMEN CANOVAS VALIENTE

1 Introducción

Durante la fase terminal del paciente, han de dispensarse cuidados hacia el paciente moribundo y su familia, preservando la dignidad del mismo. Posteriormente, cuando el paciente ya ha fallecido, se debe proceder a realizar la preparación del cuerpo del finado. Podemos decir que los cuidados post mortem se refiere a todos aquellos que se realizan después del cese de toda actividad vital, cuando el médico certifica el fallecimiento del paciente.

Para terminar esta introducción es importante conocer algún concepto como:

- Agonía:

La agonía es el estado anterior a la muerte que sucede en aquellas enfermedades en las que esta se produce lentamente. La agonía puede ser lúcida cuando se

conserva el conocimiento, y comatosa cuando no existe ese conocimiento. El enfermo que se encuentra en este periodo se denomina enfermo agonizante.
Los signos y síntomas de este periodo son:
- Alteraciones de la circulación sanguínea: piel pálida y fría, cianosis (color azulado), pulso débil, rápido e irregular, hipotensión arterial.
- Alteraciones de la respiración. Puede presentar bradipnea, taquipnea, respiración de Cheynestokes.
- Alteraciones musculares, cuerpo flácido, pérdida del tono muscular, descontrol de esfínteres (anal y vesical), mandíbula caída y boca abierta, frialdad de la piel.
- Alteraciones oculares, se producen midriasis o dilatación de las pupilas.

2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas de muerte.
- Enumerar los cuidados a realizar después del exitus del paciente.
- Concienciar sobre la actitud del equipo de enfermería de respeto al ser humano en cualquiera de sus momentos evolutivos, incluso en la muerte.

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

Signos y síntomas de la muerte:
- La muerte se define como el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo. También se la denomina como: fallecimiento, defunción, deceso, óbito, exitus.
Los primeros signos de la muerte son:
- Cese de las funciones respiratorias: no se escuchan ruidos respiratorios al auscultar al paciente.
- Cese de la función cardiaca: desaparece el pulso arterial, no se auscultan ruidos cardiacos, y el electrocardiograma no revela actividad eléctrica del corazón.

- Cese de la función cerebral, no responde a estímulos externos como los dolorosos y el electroencefalograma no revela ninguna actividad eléctrica cerebral.
- Inmovilidad.
- Frialdad de la piel.
- Atonía muscular.
- Falta de reflejos.
- Midriasis.
- Parada cardiaca y respiratoria.
- Ausencia de actividad cerebral.

Signos y síntomas de la muerte tardía:

Son los signos finales de muerte:

- Enfriamiento del cuerpo, algor mortis. Este enfriamiento varía dependiendo de la causa de la muerte, de la edad, estado de nutrición, medicación administrada, temperatura ambiental. Esto en la primera hora.
- Rigidez cadavérica. Denominada también rigor mortis, comienza aproximadamente a las 2 o 3 horas y es originada por una contracción muscular generalizada, completándose este estado a las 8 o 10 horas del fallecimiento, y desaparece aproximadamente a las 35- 40 horas.
- Lividez cadavérica también denominada livor mortis, son manchas de color rojo violáceo que aparecen en diferentes zonas de la epidermis y que son originadas por depósitos de sangre. Dependen de la posición del cadáver. Por ejemplo, si el paciente estaba en decúbito supino aparecen en la espalda, glúteos, parte posterior de los muslos y piernas.
- Putrefacción o periodo de descomposición de la materia orgánica. Está originada por las bacterias de la putrefacción y comienza a notarse a las 12 a 14 horas de la muerte. Generalmente, dura entre 3 y 5 años, al cabo de los cuales queda solamente la estructura ósea.

Actitud del TCAE ante el fallecimiento:

En el caso de que la muerte haya sido provocada por un accidente o de una forma inesperada hay que intentar la reanimación cardio-respiratoria, ya que hay ocasiones en que se puede recuperar a una persona. Si cuando nos traen el cadáver aparecen signos de violencia no se puede mover el mismo hasta la aparición de las autoridades.

Cuidados postmortem:

Son el conjunto de atenciones que se prestan al fallecido para su posterior traslado hasta el velatorio, tanatorio, o el depósito de cadáveres. Hasta que el médico certifique la muerte del paciente no se hace ningún cuidado. Si en el momento de la muerte no lo acompaña ningún familiar, se avisa a la familia y se les

comunica la despedida si la hubo. Amortajar al paciente antes de que aparezca la rigidez cadavérica (2 a 6 horas). Esta pauta se lleva a cabo en la intimidad.
Los cuidados que se ofrecen al paciente después de su muerte son siempre con respeto y sin brusquedades como si viviera.
1. Preparación de los materiales:
- Carro de ropa sucia.
- 2 sábanas limpias.
- Mortaja (ahora sudario).
- Toalla.
- Algodón.
- Esparadrapo.
- Agua.
- Jabón.
- Pinzas.
- Guantes.

2. Poner los guantes, bajamos la cama y retiramos del fallecido todos los objetos personales, como joyas, ropa. Poniéndolas en una bolsa que identificamos como pertenencias personales: nombre completo, número de habitación, fecha y contenido de la bolsa.
3. Retirar todas las almohadas de la cama, excepto la que se coloca debajo de la cabeza.
4. Poner el cuerpo en decúbito supino, estirando las extremidades inferiores sin brusquedad para evitar la presencia de equimosis. La cabeza y los hombros deben quedar levantados para que no aparezcan cambios de color al estancarse la sangre.
5. Retirar todos los apósitos sucios, vendas, tubos y palomillas, catéteres o agujas. Cubrir todas las incisiones con un apósito limpio y pequeño.
6. Lavar las manos, cara y todo el cuerpo. Deben realizarse con cuidado y esmero la atención bucal: dientes, boca y encías.
7. Taponar con algodón todos los orificios naturales, boca, fosas nasales, oído, recto y en la mujer vagina.
8. Colocar las prótesis dentales en la boca y cerrarla, se hace poniendo la mano bajo el mentón y haciendo una ligera presión. Si la boca no permanece cerrada, debe colocarse una venda bajo la barbilla anudándola fuertemente a la cabeza.
9. Cerrar los ojos, si están abiertos, aplicando una presión suave con las yemas de los dedos durante un momento. Si no permanecen cerrados se coloca una torunda húmeda sobre cada uno.
10. Peinar el cabello.

11. Colocar los brazos sobre el abdomen, en posición de descanso, o sobre el tórax en forma de aspa, atar las muñecas y tobillos con vendas y colocar esparadrapo. La identificación del fallecido en los tobillos.
12. Introducir el cuerpo en el sudario con la ayuda de un compañero/a.
13. Pasar el cuerpo a una camilla con ruedas y cubrirlo en su totalidad con una sábana.
14. Cerrar las puertas de las habitaciones para el traslado a la morgue utilizando lugares poco transitados. Este traslado deberá hacerse con naturalidad y discreción, evitando perturbar a otros pacientes o visitantes.
15. Entregar la bolsa con las pertenencias a la familia.
16. Retirar la ropa de la cama.
17. Limpieza, desinfección y preparación de la habitación para su uso posterior.
La supervisora de la planta deja registrada en la historia del paciente la hora a la que se produjo el exitus, observaciones de interés, médico que firmó la muerte.
En cuanto a la familia, hay que tratarla con respeto, interés y comprensión. Se mantendrá una actitud de disposición constante. La expresión verbal de los sentimientos tal vez ayude a reducir la angustia inicial. No se habla de la muerte del paciente con otros enfermos o visitantes.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados post mortem son una extensión de los cuidados que recibe el paciente en vida, así como la atención a los familiares del fallecido, dado que pasan por un complicado proceso de suelo, con lo cual deben ser tratados con respeto y compresión.
En este proceso es fundamental la preparación del cuerpo para su posterior traslado a otros lugares como un velatorio, a un tanatorio, por lo que es nuestra responsabilidad el cuidado final de ese cuerpo que debe hacerse con toda delicadeza. La actitud del equipo de enfermería se deberá basar en una actitud de respeto al ser humano, también en la muerte.

6 Bibliografía

1. Protocolos cuidados post mortem. Hospital de Cabueñes (Gijón).
2. Técnicas básicas de Enfermería McGraw Hill.
3. Post mortem atención de Enfermería. Disponible en: www. yoamoenfermeriablog.com.

Capítulo 137

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO

MARTA GRIMALDOS HERREROS

ANTONIO NARRO HELLIN

SANDRA COTILLAS LOPEZ

CARMEN CANOVAS VALIENTE

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es donde los pacientes con cambios fisiopatológicos severos representan una amenaza real o potencial para la vida y pueden ser reanimados fácilmente. La UCI es muy respetada no solo por las familias de los pacientes ingresados en esta unidad, sino también por el personal médico que trabaja en otras áreas. Es muy compleja y debe ser accesible para todos los pacientes. La comprensión de esta unidad es tan deficiente que un grupo de enfermeras en ejercicio necesita profundizar en este tema.
Una unidad médica de cuidados intensivos (UMI) o unidad de cuidados intensivos (UVI) es el lugar principal donde se llevan a cabo las actividades médicas

especializadas. Se trata de servicios básicos de carácter común que trabajan en estrecha colaboración con otros servicios hospitalarios y del área de salud para atender tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, y los puntos en común son significativos y reversibles.
La práctica intensiva de la medicina requiere la posesión de conocimientos de un campo específico, la adquisición de una amplia gama de habilidades y una amplia gama de actitudes espirituales y humanas. La unidad de cuidados intensivos es uno de los lugares más importantes para introducir nuevos tratamientos y avances en la tecnología de seguimiento y control.

2 Objetivos

- Conocer el área de internación de pacientes.
- Analizar los aparatos más comunes en la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar el personal de la UCI.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el personal en la uci, en la última década. Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, ISOC IME Biomedicina, CINHAL, Medline, PsycINFO, PubMed Central, así como el directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2000-2020. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional) se utilizaron descriptores en español (“ventilación” , “protocolos” , “ aislamiento” , “mascarilla”) .

4 Resultados

La cama de un paciente debe tener al menos 9 metros cuadrados. Recomendamos lo siguiente:
- Lavabos, preferiblemente en cada cama y al menos en una cama, lo suficientemente profundos para evitar salpicaduras de agua. - Ventanas para proporcionar luz natural y orientación espacial al paciente. Por lo tanto, también se recomienda el uso de relojes con almanaques.
- Las paredes y los pisos se pueden limpiar y pintar sin el aburrimiento y la emoción del brillo. - Las señales de las llamadas de los pacientes y las alarmas del dispositivo deben configurarse a un nivel de volumen mínimo. El objetivo es reducir

la intensidad del ruido que se encuentra comúnmente en las áreas hospitalarias. Se utilizan materiales que absorben el sonido para las paredes y los pisos de las residencias especiales de ancianos y las salas.

- Imágenes en vivo de pacientes en clínicas por oficina central u otros medios ópticos. - Las paredes de la habitación deben ser de vidrio o plástico transparente, desde el techo hasta la altura de la cama del hospital.
- La cabecera y los costados de la cama del paciente tienen espacio suficiente para las maniobras de reanimación. - Se requiere un soporte en la parte superior para colocar el monitor. El sistema de comunicación de alarma con pulsador, también en la cabecera de la cama, debe ser de un color distinguible. - Tomacorrientes con menos de 10 tomas con el número de voltaje y amperaje requerido de acuerdo con las especificaciones locales, colocados a 7100 cm del suelo para facilitar la conexión y evitar la necesidad de conexiones de pie rotas.
- Dos salidas de oxígeno, una para aire comprimido y dos para aspiración central. Cada cama debe estar nivelada con la cabeza del paciente, preferiblemente en ambos lados de la cama. La iluminación completa incluye:

Iluminación general de techo de unos 100W.

Una luz nocturna permite que el paciente descanse. La luz de emergencia ilumina a todo el paciente con una capacidad aproximada de 200-300W.

- Lámparas enfocadas de alta potencia de 150-200 W con un enfoque sistemático para realizar procesos específicos. Las partes más comunes de la unidad de cuidados intensivos son:
- Un centro de seguimiento es un lugar con todo el equipamiento necesario (fichas médicas, fichas de seguimiento) para el día a día de una enfermera.
- El centro de monitoreo también le permite controlar al paciente. Porque desde aquí puedes ver todas las habitaciones a través de las paredes acristaladas. - Si suena la alarma, el dispositivo de alarma se activa y se puede desconectar del dispositivo de control, por lo que la unidad de control puede saber de qué habitación es la alarma.
- El carro está equipado con equipos, medicamentos, bandejas de preparación y demás elementos necesarios para atender las emergencias que se produzcan en la unidad de cuidados intensivos. Un carro mantiene el equipo necesario fácilmente disponible en una emergencia de este tipo. Este debe colocarse en un lugar conocido y predeterminado accesible para todos los empleados. - El uso de la plataforma rodante y el equipo contenido dentro del vehículo está destinado a situaciones de emergencia. Los instrumentos utilizados deben reemplazarse inmediatamente después de completar el procedimiento, y los instrumentos, equipos y medicamentos deben verificarse según corresponda. Una vez

realizadas todas las comprobaciones, el vehículo se devolverá a su ubicación original.
- El hardware defectuoso del carro debe revisarse regularmente, ya sea que esté en uso o no. Los datos de uso del carrito de compras incorrectos deben anotarse en el formulario de registro. desfibrilador El objetivo de la desfibrilación es restablecer el ritmo cardíaco normal. El desfibrilador tiene una pantalla de ECG de 1 derivación (D1, D2, D3) que refleja los datos del ritmo cardíaco. Para usar el ECG de plomo, los electrodos deben estar conectados a un monitor y colocados en el pecho del paciente. Se proporcionan dos palas para la desfibrilación. Los estribos deben colocarse de modo que la corriente máxima fluya a través del miocardio.
Electrocardiograma: Un electrocardiograma (ECG) es un registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón. Un electrocardiograma está indicado para el diagnóstico de arritmias y lesiones cardíacas. Los registros se realizan en la red a velocidad normal para que se pueda medir tanto la magnitud del evento eléctrico (tensión) como su duración. La corriente se mide en milivoltios en el eje vertical y el tiempo en milivoltios en el eje horizontal.

5 Discusión-Conclusión

El ingreso en la UCI es quizás una de las situaciones más complejas y difíciles a las que se enfrentan los pacientes y sus familias. Es imperativo que los pacientes sean aceptados de todo corazón, tratados con respeto, hablados cuando su condición lo permita y llamados por su nombre de pila. Este paciente ingresó con intensa ansiedad, posiblemente sintiendo una sensación de muerte inminente. Y se siente un poco inseguro, rodeado de gente que le practica técnicas agresivas o utiliza palabras que no entiende. Es muy importante mantener a su familia informada sobre la condición de su ser querido, la hora de su visita, los requisitos para cada visita y, si es su primera visita, su condición. Es tan pronto como entran. El personal auxiliar especial de enfermería que interviene en esta unidad identificará los criterios de gravedad más relevantes por los cuales los pacientes ingresan a esta unidad y deberá trabajar con el personal médico y de enfermería para el manejo preciso de la carga, debe conocer alta tecnología. Los pacientes pueden ser admitidos en la unidad de cuidados intensivos desde otra sala de hospitalización o departamento de emergencias. Cuando una persona ingresa a una unidad de cuidados intensivos, no solo se ve comprometida su salud, sino también el medio ambiente, porque no es una sala separada. Los pacientes de esta unidad son más dependientes del personal médico, y más concretamente del personal de enfermería, para cubrir necesidades básicas como la higiene y la alimentación.

6 Bibliografía

1. Abizanda, R., Padrón, A., Vidal, B., Mas, S., Berenguer, A., Madero, J., & Heras, A. (2006). Estimación pronóstica en enfermos críticos: Validación de un nuevo y muy sencillo sistema de estimación pronóstica de supervivencia en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva, 30(3), 101-108.
2. Alba Rosales, F. Y., & Chinchay Guerrero, W. E. (2019). Plan de mantenimiento preventivo para mejorar la disponibilidad de equipos biomédicos-unidad cuidados intensivos, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2018.
3. Cabrera, L. S., Sánchez-Palacios, M., González, F. R., Medina, E. H., Ortega, A. C.,
& Arroyo, M. F. (2008). Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los Cuidados Intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva. Medicina intensiva, 32(7), 319-328

Capítulo 138

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE LUPUS

PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO

MARTA GRIMALDOS HERREROS

ANTONIO NARRO HELLIN

SANDRA COTILLAS LOPEZ

CARMEN CANOVAS VALIENTE

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 pélvica 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

3 Metodología

Realizando una revisión bibliográfica por las diferentes bases de datos como son Pubmed, Scielo y Evidence, entre los años 2015 al 2019, hemos encontrado diferentes artículos de los cuales hemos sacado lo más importante, valorando sobre todo el papel que ejerce el auxiliar de enfermería y excluyendo las revisiones que no hagan mención al papel que desempeña el TCAE ante esta enfermedad.

4 Resultados

Resaltamos que 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 as común a día de hoy.

- Lupus neonatal: Es una enfermedad que pasa de la madre al feto a través del paso trasplacentario 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.

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.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Estos medicamentos se recomiendan generalmente para dolores musculares, articulares y artritis y algunos síntomas sistémicos como la fiebre.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo con la importancia de un buen diagnóstico a tiempo para detectar 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 TCAE 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.

Es muy importante educar al personal de Enfermería sobre cuáles son los síntomas del lupus, para así llevar a cabo intervenciones de Enfermería que puedan orientar tanto a pacientes como a sus familiares y cuidadores.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
2. http:// scielo.org/es/
3. https://www.evidence.nhs.uk

Capítulo 139

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXLIÁRES DE ENFREMERÍA Y LAS CONTENCIONES

MARTA ELENA LÓPEZ LOBO

1 Introducción

Se entenderá por contención cualquier técnica preventiva ya sea verbal, farmacológica o mecánica y que este destinada a una limitación de la movilidad en un paciente con el objetivo de controlar sus movimientos total o parcialmente y protegerlo así de posibles lesiones hacia si mismo o a otras personas de su entorno. El uso de contenciones sobre todo las mecánicas llevan implícitamente muchas emociones ya que muchas veces se aplican con la resistencia del paciente y esto produce miedo y rechazo tanto individualmente en el paciente, como en su ambiente mas cercano y tambien en el personal sanitario que deben llevar a cabo estas contenciones. Antes de realizar una contención mecánica se pueden o deben intentar adoptar otras medidas de contención alternativas como la contención verbal o farmacológica, ya que el uso de la contención mecánica será de carácter extraordinario y su duración será lo mas breve que sea posible. La contención mecánica lleva asociada unos aspectos que se deberán de tener en cuenta, como los legales, los de seguridad, los éticos, o los de buena praxis; todo esto estará recogido en diferentes protocolos de contención que deben existir en los distintos servicios de salud a nivel estatal, pudiendo variar estos protocolos entre una región u otra y a la vez entre un hospital, centro de salud u otro.

2 Objetivos

Conocer las diferentes pautas, criterios y protocolos de los diferentes tipos de contenciones
Exponer y establecer las condiciones de aplicación de estos métodos de contención

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 como Pubmed, medline, google y scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Primeramente se realiza una valoración de la posibilidad de que el paciente pueda sufrir un episodio confusional agudo en base a algún factor como pueden ser:
Edad avanzada
Consumo de alcohol o drogas
Sondajes
Infecciones
Demencias.. ect.
Para la contención verbal:
Se tendrá en cuenta la colaboración de otros profesionales, solo uno hablara con el paciente, manteniendo una actitud de firmeza, tono de voz calmado y volumen bajo aplicando la guía de desescalado verbal.
Con la contención verbal tanto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como el resto de personal sanitario que lleva a cabo esta contención conseguirán una aproximación no coercitiva (no represiva o restrictiva, sin ejercer fuerza) pudiendo controlar algunos trastornos de conducta o evitar una virtual agitación psicomotora y poder así controlar la situación haciendo que disminuya la hostilidad, ansiedad, agresividad..
En una contención farmacológica:

Se utilizara cuando la contención verbal no funciona o es insuficiente, se debe tener en cuenta edad del paciente, si padeciera una patología hepática y/o renal, embarazo, demencia..
El medico pautara la medicación según las necesidades del paciente y las características del fármaco, como por ejemplo la vía de administración, riesgo bajo los efectos adversos, pocas contraindicaciones etc..
La contención farmacológica se usara cuando la contención verbal no esta funcionando o no es suficiente, consiguiendo con esta tranquilizar al paciente lo antes posible evitando así que se lesione o haga daño así mismo o a las personas o pacientes que lo rodean, empleando las dosis de medicación mínimas para que sean eficaces y así impliquen el menor riesgo en el paciente, sobre todo en situaciones de paciente embarazada, pacientes con síndrome confusional (delirium o delirium tremens) o pacientes con demencia de cualquier causa u origen.
Para una contención mecánica:
Este tipo de contención podrá ser parcial, en la que se limita la movilidad del tronco mediante el uso de cinturones (pélvico, abdominal, inmovilizador) o de una o mas de una de las extremidades, que podrá ser tanto superiores como inferiores mediante el uso de tobilleras, muñequeras, o bien podrá ser una contención mecánica total en la que la inmovilización será total, impidiendo casi todos los movimientos del paciente mediante el uso de cinturones, tobilleras, muñequeras.
Este tipo de contención debe ser pautada por el médico y constará en la hoja de prescripción activa del paciente.
En caso de urgencia la decisión de esta contención la toma la enfermera comunicándoselo a la mayor brevedad médico, tambien debe constar en la historia clínica y se debe informar a la familia.
Se utilizaran solamente sistemas homologados de o para la contención física (cinturones, tobilleras, muñequeras…) realizando la contención un mínimo de cuatro profesionales sanitarios, durando esta contención el tiempo estrictamente necesario.
Con el uso de una contención mecánica parcial se consigue un resultado terapéutico de prevención, esto quiere decir que se conseguirá prevenir lesiones o alteraciones del programa terapéutico, como que el paciente pueda arrancarse las vías o que las pueda obstruir por una postura, dificultando el paso de la medicación, tambien se conseguirá prevenir la retirada de sondas nasogástricas, sondas peg… .
Con el uso de una contención mecánica total se consigue un resultado de inmovilización de casi la totalidad de los movimientos del paciente, y poder así controlar un comportamiento que se quiera eliminar o corregir o poder controlar la

agresividad y agitación rápidamente cuando no es posible por otros métodos de contención, si el paciente estuviera institucionalizado (por conveniencia de la institución lo que quiere decir controlar al paciente con menos personal o esfuerzo, y así ayudar a la consecución de los objetivos de organización de dicha institución),o por razones de seguridad como la prevención de autolesiones o lesiones a terceros.
Para obtener un resultado positivo en este tipo de contenciones es conveniente seguir al detalle las instrucciones del fabricante de los equipos de contención (cinturones, muñequeras, tobilleras..) así como la correcta aplicación de los mecanismos de sujeción y la reducción del uso de estos equipos al tiempo estrictamente necesario

5 Discusión-Conclusión

Será importante hacer un abordaje del equipo multidisciplinar para realizar una buena praxis en el uso de medidas de contención y en cualquiera de los casos estos procedimientos han de respetar los derechos de las personas y han de estar dentro del marco legal y ético actual, sobre todo si se trata de una contención mecánica.
El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermeria coopera junto con el resto de personal en la instauración y retirada de las medidas de contención mecánicas y participa tambien en la vigilancia de el / los pacientes con contenciones así como en los cuidados de estos y tambien de la revisión y mantenimiento de los equipos o materiales de inmovilización.
En el caso de contención farmacológica o mecánica se informara al paciente y a la familia, o en su caso al representante legal pidiéndoles permiso si el paciente no fuera capaz de tomar esta decisión o estuviera incapacitado, pudiendo la familia o representante legal consentir o rechazar dar este permiso.
Si el riesgo es grave o urgente, con riesgo inmediato para el paciente o para terceras personas no será imprescindible el consentimiento previo pudiendo demorar este hasta el momento que la urgencia o riesgo lo permita.

6 Bibliografía

https://www.serenocare.com
https://www.elservier.es
https://www.nuestraenfermeria.es
https://www.consaludmental.org

https://www.evotraining.eu

Capítulo 140

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PLANTA GERIÁTRICA

DOLORES CORONA GONZALEZ

VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ

SARA GONZÁLEZ LINOS

ESMERALDA GIL MONGE

CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE

1 Introducción

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte.
La Geriatría abarca la fisiología, patologías, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los ancianos.
Se denomina paciente geriátrico a aquel que, o bien todas o bien algunas, presenta las siguientes circunstancias:
• En general, mayor de 75 años.
• Múltiples patologías de interés.
• Dependencia total o en proceso de necesitarla.

• Deterioro mental.
El objetivo principal de la Planta Geriátrica es la rehabilitación funcional del anciano enfermo para mejorar en autonomía e independencia, mejorando su calidad de vida, así como la vuelta a sus rutinas (familia, hogar, actividades) antes de verse afectado por alguna de las patologías propias de la edad.
Dentro de este objetivo general, se trabaja sobre aspectos más concretos:
1. Estudio integral del paciente sobre sus niveles de asistencia, de tal forma que sean atendidas las múltiples alteraciones y cuestiones médicas y sociales que estos presentan, bien de forma aguda o leve, llegando a la pérdida de la independencia física y/o social.
2. Análisis de los recursos existentes en las distintas administraciones para que los ancianos estén protegidos e integrados en la comunidad.
3. Preparar o dotar de medios una necesaria asistencia prolongada en el tiempo, si así fuera necesario.
4. La investigación, formación, docencia, análisis de todos los profesionales que, durante estos procesos, vas a trabajar con estos tipos de pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones y técnicas básicas en los cuidados que ha de realizar un Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y que engloba la dimensión física y psicológica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la que la información se ha recabado en los diferentes artículos como Google Academic, PubMed, Medline y Scielo, haciendo una selección en todas ellas.
Se ha hecho especial hincapié en la relación Paciente-TCAE, para lograr el mayor y pronto beneficio del paciente geriátrico.
Se han consultado también libros de texto y formativos sobre las competencias de los TCAES.

4 Resultados

En el anciano se acusa una serie de patologías de carácter:
• Locomotor.

• Genitourinario.
• Endocrino y Metabólico.
• Digestivo.
• Respiratorio.
• Cardiovasculares.
• Cognitivas.

Hemos de tener en cuenta que los grandes problemas que nos encontraremos en estos pacientes son la inmovilidad, las caídas, incontinencia total o parcial, deterioro cognitivo severo o ligero, entre otros tipos de síntomas. Estas circunstancias constatan varias circunstancias: a) Conforme la edad del paciente sea más elevada, mayor son los riesgos de encontrarnos estos problemas y que, con edad avanzada, se irán agravando. b) Deterioro de las condiciones de salubridad del paciente siendo, y de forma progresiva, una necesidad mayor de la dependencia. c) Requerirá mayor atención sanitaria y sociosanitarias. d) Será necesaria una valoración integral e interdisciplinar de su estadio, para poder así poder prestarle todos aquellos servicios que precise, buscando, por un lado, una mayor calidad de vida, al poder tener mayor autonomía, y por otro, intentar retrasar, en lo posible, los niveles de dependencia total.

Se realiza una valoración biopsicosocial individual de cada paciente, dada la importancia de este aspecto y su influencia en el resto del aspecto biológico del paciente. Estos estudios se deben de realizar por el profesional adecuado, siento la labor del TCAE colaborar tanto con el profesional, como en el paciente, para poder obtener el mayor beneficio posible del paciente, llegando, como se ha comentado con anterioridad, o bien a su curación, o bien al favorecer el retraso en el avance de las patologías que éste pudiera tener.

El TCAE ha de prestar especial interés en los siguientes aspectos del anciano:

Físicos:

• Ayudar o realizar la higiene personal (depende de su nivel de autonomía).
• Administrar o controlar la medicación, siguiendo las pautas de Enfermería.
• Controlar su alimentación y su hidratación e irla registrando.
• Vigilar cualquier alteración en su piel, uñas, ojos.
• Prestar ayuda en su movilidad, tanto en desplazamientos como en trasferencias o cambios posturales, siendo estos últimos de vital importancia para evitar las úlceras.

En todo momento, el TCAE ha de tratar al paciente como un anciano que "necesita nuestra ayuda" pero que no debemos, de ninguna de las maneras, coartar las distintas iniciativas que este pueda tener, en aras de mantener su nivel de autonomía.

Psíquicos:
• Vigilar los cambios que pueda sufrir en cuanto a su nivel de conciencia, procurando interactuar con él lo máximo posible.
• Estar pendientes del estado de ánimo y tratarlo con la profesionalidad que se mereciera.
• Observar alteraciones del sueño, ya que éste puede denotar patologías de fondo.
Sociales:
• Incentivar y estimular para que realice sus actividades diarias, tales como el aseo, alimentación, relaciones, etc.
• Intentar que el paciente anciano esté orientado en el tiempo. De vital importancia, dado que la hospitalización altera estos grados de consciencia.
• Intentar que ejercite su memoria.
En todo momento, el TCAE ha de tener una:
-Escucha activa.
-Empatizar.
- Ser positivo y recompensante
-Mantener un acuerdo parcial (Escucha activa, así como empatizar)
-Hacer preguntas, de tal forma que se demuestre cercanía y, como se ha dicho, empatía.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe de proporcionar los cuidados básicos para que haya buena calidad de vida y una mejoría en las funciones físicas y psicológicas, partiendo de una comunicación sincera, fluida y profesional.
Además, el personal auxiliar, por ser el que más cerca se encuentra del enfermo y su familia y entorno en la mayor parte de las ocasiones, deberá cuidar en todo momento sus actitudes hacia ellos, promoviendo así su bienestar y favoreciendo una más rápida y mejor recuperación del paciente.
No se debe de olvidar que, en estos pacientes, o incluso entra sus familiares las "situaciones difíciles" que se puedan genera, bien por diagnósticos, o por el propio procedo degenerativo del paciente.
Con todo ello, se logará que la estancia, tanto del paciente como de los familiares, en un Servicio de Geriatría, sea más llevadero, de la mano de la profesionalidad del TCAE.

6 Bibliografía

1. del Alumno M. AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado el 29 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material_didactico/especialidades/materialdidactico_aux_enf_geriatria/manual_alumno_modulo3.pdf.
2. Colaboradores de Wikipedia. Geriatría [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. [citado el 29 de mayo de 2021]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Geriatr%C3%ADa&oldid=135686864.
3. Atención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a las necesidades del paciente con edad avanzada [Internet]. Revistamedica.com. 2019 [citado el 29 de mayo de 2021]. Disponible en: https://revistamedica.com/tecnicoen-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-necesidades-del-paciente-con-edadavanzada/.

Capítulo 141

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ENFOCADO PACIENTES CON DAÑO CERBRAL ADQUIRIDO EN UN CENTRO DE DÍA

DOLORES CORONA GONZALEZ

VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ

SARA GONZÁLEZ LINOS

ESMERALDA GIL MONGE

CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE

1 Introducción

El auxiliar de enfermería ha de proporcionar cuidado, atención y acompañamiento a los pacientes por lo que el principal objetivo es velar por su salud y bienestar tanto físico como emocional. También es importante tratar que los usuarios del centro se sientan cómodos y acompañados.
Dentro de las funciones principales que se deben realizar cabe destacar:
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante el desarrollo de la autonomía personal y la funcionalidad en su vida diaria.
- Dotar de estructura y contenido estimulante y enriquecedor a su vida cotidiana.

- Favorecer la participación e integración social para ampliar la convivencia en su entorno y fomentar la normalización de su situación.
- Facilitar el desarrollo y normalización de la vida del sistema familiar.

El cuidado a personas con daño cerebral adquirido (DCA) requiere una atención adecuada que ayude al paciente a mejorar sus movimientos y movilidad y que le estimule su desarrollo intelectual para no agravar las consecuencias de la enfermedad. Que permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y a su vez estimule su relación social para que no se sienta excluido o diferente al resto. También es recomendable el empleo de terapias ocupacionales por medio de técnicas de facilitación neuromuscular y estimulación, además de una adaptación al entorno y un uso de dispositivos de apoyo desde la fisioterapia y masoterapia, para que el paciente disponga de una mayor autonomía en situaciones cotidianas como comer o hacer sus necesidades básicas.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento llevado a cabo para tratar pacientes con DCA, así como los métodos y funciones que el auxiliar ha de tener en cuenta.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. El trabajo se ha desarrollado a través de consultas bibliográficas en diferentes libros de medicina y salud "DCA guía de aproximación integral al daño cerebral adquirido", "Convivir con el daño cerebral adquirido" y mediante la búsqueda de las siguientes palabras clave en Google académico: "DCA", "Cuidados a pacientes con DCA", "Rehabilitación DCA".

4 Resultados

Los técnicos sanitarios tienen como principal función el cuidado de la higiene y salud de los pacientes.

En relación con la salud y la higiene de los pacientes, los auxiliares de cínica deberán prestar atención a los siguientes aspectos:

- Higiene general y cuidado de la piel: Mantener una higiene adecuada es importante para evitar infecciones, especialmente en aquellas personas que presentan

incontinencia urinaria y fecal. Previamente preparamos todo el material. Comenzamos a lavar y secar siguiendo este orden: ojos (con una gasa o con la esquina de la toalla húmeda) del lagrimal hacia fuera, cara y orejas, cuello y hombros, miembros superiores (manos, axilas, brazos), tórax y mamas, abdomen (no pasando por alto el ombligo), miembros inferiores (las piernas, muslos y pies). A continuación le ponemos de costado, lavamos y secamos: la espalda y las nalgas. Finalmente, volvemos a colocar boca arriba al usuario, cogemos la otra esponja y lavamos y secamos: genitales (debe hacerse cuidadosamente de arriba hacia abajo y de delante hacia atrás).

- Higiene en el baño: Antes de empezar el aseo en el baño, debemos de acondicionarlo teniendo en cuenta la intimidad y temperatura, además de retirar alfombras u otros objetos que puedan hacer que el paciente resbale o tropiece.
- Cuidados de la boca: Limpieza de boca antes y después de las comidas, con un cepillo preferiblemente suave, tanto para los dientes y dentadura postiza como para la lengua.
- Prevención de ulceras por presión: Hay que extremar la vigilancia en las zonas de contacto continuado con sondas, mascarillas u otros dispositivos. Si observa alguna lesión o comienzo de lesión en la piel, debe consultarse con el personal de enfermería.
- Incontinencia urinaria: En el caso de que el paciente haga uso de pañales es importante llevar a cabo una correcta higiene, secado hidratación, evitando así la irritación, enrojecimiento y lesiones por humedad.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado y aseo de los pacientes con DCA requiere de diversos especialistas para ser llevado a cabo. Entre ellos se encuentran logopedas, cuyos objetivos son recuperar o mantener el lenguaje así como la comunicación del paciente, y por otra parte se encuentran los fisioterapeutas, que tienen como misión trabajar las alteraciones motoras y sensoriales del afectado. En el caso del técnico auxiliar de enfermería, deberá de extremar la higiene del paciente enfocando su atención en el aseo general, corporal y bucal, así como los cambios posturales para prevenir posibles úlceras por presión. También ha de prestar especial atención a la salud emocional del usuario, haciendo posible su estimulación comunicativa y reinserción social y familiar.

6 Bibliografía

"Modelo centro de día para personas con daño cerebral adquirido" http://www.osiaraba.eus/infopacientes/documentos/servicios/neurologia
"https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/9_abordaje_dao.pdf"

Capítulo 142

DIETAS DE COMPLEMENTACIÓN PARA PACIENTES DIABÉTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOLORES CORONA GONZALEZ

VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ

SARA GONZÁLEZ LINOS

ESMERALDA GIL MONGE

CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE

1 Introducción

Esta dieta se utilizará para tratamiento de enfermedades relacionadas con una nutrición inadecuada por falta de nutrientes específicos o porque se deben restringir ciertos alimentos debido a la enfermedad. Nos podemos encontrar con dietas para tratar enfermedades como, el raquitismo (por falta de vitamina D), escorbuto (por falta de vitamina C) o la anemia ferropénica (por falta de hierro). También entrarían dentro de las dietas que eliminan algún nutriente específico como el gluten (enfermos de celiaquía) o la lactosa (por su intolerancia a la lactosa) o las que eliminan directamente alimentos específicos que pueden derivar en una alergia alimentaria a ciertas personas.

Aunque por regla general, si se sigue la dieta y las pautas indicadas de forma estricta se puede recuperar el buen estado de salud y ser posible mantener una adecuada calidad de vida adaptando la dieta a la realidad y sobre todo a los requerimientos de cada persona.
La dieta en estos casos a veces es un elemento complementario, pero muy necesario para tratar diversas enfermedades a través de los fármacos o estrategias terapéuticas. En este articulo describiremos las dietas para tratar la Diabetes
En el caso de la diabetes, la dieta va a ser un complemento necesario e indispensable para asegurar el completo estado de salud.

2 Objetivos

- Conocer las clases de dietas complementarias que se pueden aplicar, dependiendo de la patología o afectación del paciente, y en este caso la diabetes
- Indicar las pautas adecuadas para su correcta aplicación.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, paginas de nutrición hospitalaria, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Dietas que complementarían el tratamiento farmacológico de la diabetes
En la dieta para tratar la diabetes es esencial controlar la ingesta de Hidratos de Carbono, estos se deberán distribuir a lo largo de todo el día en las raciones y se deberá eliminar el consumo de los azúcares simples. La dieta se debe seguir de forma exacta, ya que ira a la par con una pauta de insulina.
• Dietas para diabéticos.
Dieta pobre en grasas saturadas.
En el paciente con un índice de masa corporal normal el aporte calórico estará entre 2.000-2.500 kcal con el mismo porcentaje de principios inmediatos que la persona no diabética, estando prohibidos los azúcares sencillos y los alimentos muy

ricos en azúcares (legumbres secas, frutos secos, plátanos), porque son hidratos de carbono simples o de cadena corta (monosacáridos), los azucares se liberan rápido y hacen picos. Lo recomendable y muy importante son hidratos de carbono complejos o de cadena larga (disacáridos), son de liberación más lenta y mantenida en el tiempo, al cuerpo le cuesta más trabajo absorberlos y tendremos un abastecimiento más homogéneo de energía.
La ingestión de 30 gr. de fibra al día disminuye la absorción de hidratos de carbono. Las grasas serán mayoritariamente de origen vegetal.
Se procurará que las proteínas sean de alto valor biológico, sobre todo de origen animal. Sólo un 15% de los glúcidos podrán ser de absorción rápida.
En el paciente hospitalizado se recomiendan 5 tomas diarias (desayuno, comida, merienda, cena y recena, importante para prevenir hipoglucemias). Calcio.
Dieta hipo lipídica.
Pobre en grasas saturadas y colesterol. Se restringen los alimentos de origen animal y tecnologías culinarias que incorporen grasa (fritos, rebozados, empanados, etc.). Las grasas se restringen hasta el 25% del valor calórico total, siendo fundamental reducir el colesterol de la dieta a 200 mg/día.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar y leer es esta descripción de las dietas que se podrían aplicar a pacientes diabéticos llegamos a la conclusión de que nos podemos encontrar varias dietas sobre todo a la hora de poder adaptarnos a la patología o afectación del paciente desde el ámbito hospitalario en las cuales se puede adaptar y elaborar un plan de alimentación individualizado para una patología, la cual ayudara a la mejora de la calidad nutricional y se podrá establecer un plan de cuidados y un soporte nutricional en consonancia con las fases de la enfermedad.
La dieta es de suma relevancia a la hora de la recuperación del paciente o mantenimiento de la salud y sobre todo si están dirigidas a una patología en concreto.

6 Bibliografía

1. www.deustosalud.com/blog/dietetica-nutricion/que-son-dietasterapeuticas#::text=Una%20dieta%20terapéutica%20es%20aquella,dentro%20de%20una%20actuación%20multidisciplinar.
2. http://www.atensalud.com/2017/03/dietas-terapeuticas.html
3. https://books.google.com/books?id=Tv8sDwAAQBAJ

Capítulo 143

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS. NORMAS GENERALES

ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA

NOELIA ALFARO SERRANO

MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las autoras Evangelina Pérez y Ana María Fernández en su manual "Auxiliar de enfermería" establecen que los aislamientos son " Los procedimientos llevados a cabo sobre los pacientes que sufren una enfermedad infecciosa durante el periodo de transmisión de dicha enfermedad, junto a otras medidas para eludir la transmisión de la enfermedad" (2013).

El procedimiento de aislar a un enfermo tiene la finalidad de intervenir sobre el segundo eslabón de la cadena epidemiológica, que recordamos que dicho eslabón son los mecanismos de transmisión. Dicha intervención puede ser realizada con dos tipos de aislamientos:

• Aislamiento común o de barrera. El paciente contagiado es separado del resto de pacientes para evitar que este les transmita la enfermedad.

• Aislamiento protector o de barrera inversa. Los pacientes con bajas defensas son aislados del resto de pacientes para protegerlos de obtener una enfermedad transmisible.

Los tipos de aislamientos existentes se clasifican teniendo en cuenta los siguientes factores:

• Lugar donde se realiza.

◦ Aislamiento hospitalario.

◦ Aislamiento domiciliario.

• Mecanismos de transmisión y sus precauciones

◦ Aislamiento inverso (Tratamiento inmunosupresor, linfomas, leucemias, trasplantados, prematuros, dermatitis extensas no infectadas…)

◦ Aislamiento estricto (Difteria, Peste, Rabia, Carbunco pulmonar, Quemaduras extensas…)

◦ Aislamiento entérico (Gastroenteritis por Ecoli, Cólera, Fiebre tifoidea, Hepatitis A…)

◦ Aislamiento cutaneomucoso (Quemaduras, herpes zóster, Sarna, gangrena gaseosa…)

◦ Aislamiento universal (Hepatitis B y C, Sida, Sífilis…)

◦ Aislamiento respiratorio (Tuberculosis, Neumonía, Rubeola…)

2 Objetivos

- Conocer las normas generales de los aislamientos hospitalarios que tienen que tienen que tener en cuenta los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el cuidados de estos pacientes.
- Exponer los tipos de aislamientos que pueden realizarse.
- Explicar la finalidad de llevar a cabo un aislamiento.

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

NORMAS GENERALES

En la puerta de los pacientes aislados se debe encontrar un cartel indicando el tipo de aislamiento del paciente y las medidas protectoras que se deben llevar a cabo. Sin embargo, además de realizar las medidas protectoras indicadas en dicho cartel se tienen que tener en cuenta unas normas generales de actuación en las habitaciones de aislamiento y de actuación con los pacientes.

• Normas en relación con la habitación del paciente.

◦ Tener la puerta cerrada e identificada con el tipo de aislamiento.

◦ Realizar la técnica de la doble bolsa para la ropa del paciente y para la eliminación de residuos. Para ello se dejara una bolsa limpia fuera de la habitación que será donde se introduzca la bolsa de ropa o residuos que se saca de la habitación.

◦ Tener el material sanitario necesario dentro de la habitación hasta que el paciente es dado de alta. Una vez que el material no es necesario se desinfectará y se sacará de la habitación.

◦ Realizar unas desinfecciones minuciosas de aparatos sanitarios, mobiliario y habitación una vez que el paciente ha recibido el alta hospitalaria.

• Normas en relación con el personal sanitario.

◦ Lavado de manos antes de entrar y después de salir de la habitación de aislamiento.

◦ Usar el equipo de protección individual (EPI) necesario en cada tipo de aislamiento (mascarilla, guantes, bata, gorro, calzas, gafas…) El equipo necesario dependiendo del tipo de aislamiento deberá aparecer en el cartel de la puerta donde se indica el aislamiento realizado.

• Normas en relación con el paciente.

◦ Utilizar material desechable para las comidas.

◦ Entregar al paciente material desechable que le sirva como entretenimiento, como revistas, periódicos…

◦ Indicarle que debe realizar una serie de actuaciones para evitar la transmisión de su enfermedad.

 Lavado de manos.

 Eliminar esputos en papel desechable.

◦ Hacer cumplir la normativa de vestimenta a los visitantes de los pacientes aislados.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado "Actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los aislamientos hospitalarios. Normas generales" nos han demostrado cuales son los motivos por los cuales se decide realizar un aislamiento hospitalario a un paciente, haciendo una clara división entre un aislamiento normal donde el paciente es aislado por tener una enfermedad transmisible y un aislamiento inverso donde el paciente aislado es aquel susceptible de coger cualquier tipo de enfermedad debido a sus bajas defensas.

Por otro lado, se ha podido comprobar la importancia de conocer y realizar una serie de normas de aislamientos, con las cuales se puede evitar la transmisión de la enfermedad al resto de pacientes, familiares o profesional sanitario y no sanitario.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España.2013 Formación continuada logoss.
- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- PARDO, A. PULIDO, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.

Capítulo 144

HIGIENE Y LAVADO DEL CABELLO EN EL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN HERAS ZAFRA

MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS

ALICIA COLETO JIMÉNEZ

ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO

ISABEL MOYA MARCO

1 Introducción

En lo que respecta a la Higiene del cabello y cuero cabelludo, es algo más que aplicar champú, como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, debemos ser conocedores de las condiciones del paciente y lavar el pelo graso con más frecuencia, la frecuencia de lavado del pelo debe estar basada en la cantidad de grasa que genera el cuero cabelludo, aunque en la hospitalización este procedimiento es más complicado de efectuar que, en condiciones normales. Si el pelo es graso, podría ser preciso lavarlo más de una vez en semana que e s lo recomendado por los protocolos en cuanto a la higiene del cabello y cuero cabelludo de los hospitales, del paciente que no puede efectuar este acto de limpieza, higiene

o cuidado capilar a sí mismo. En el caso de recibir algún tratamiento químico el cuero cabelludo se puede ver bastante afectado y podría estar más seco de lo que estaría en condiciones normales, por lo que sería bastante aconsejable lavarlo con menos frecuencia. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos saber que no va a ser lo mismo a la hora de dicha higiene un paciente joven o de mediana edad que el paciente anciano debemos tener en cuenta que con el paso de los años algunas ocupaciones van disminuyendo entre ellos la función de las glándulas sebáceas, por lo cual el cuero cabelludo ocasionará menos grasa por lo será suficiente cumplir con la limpieza semanal.

2 Objetivos

Describir la Técnica a efectuar, en cuanto a la higiene del cabello y cuero cabelludo del paciente que está ingresado

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de cuidados al paciente hospitalizado, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

En cuanto a la Técnica que deberá aplicar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y poner en práctica siempre será con la finalidad y de saber que el propósito es mantener la higiene de la cabeza y evitar la aparición de parásitos. Se efectuará, en general, una vez por semana dependiendo del estado del paciente y sus necesidades.
En su puesta en práctica y efectuación se debe evitar en todo momento, mojar la ropa de cama y se actuará con precaución y especial cuidado y no alargar el proceso más de lo preciso, para no cansar al paciente.
La temperatura recomendable del agua es de 36-38º C, no debiendo ser mayor de 40,5ºC.
El procedimiento será:

• Explicar el procedimiento al paciente, teniendo todo lo preciso a mano.
• Retirar la almohada y colocar la cama en posición horizontal.
• Quitar el cabecero de la cama (si es posible), o colocar al paciente de tal manera, que la cabeza quede fuera del colchón, protegiendo éste con un hule o plástico (posición de Roser).
• Retirar la ropa al paciente, dejando los hombros al descubierto.
• Ubicar la palangana o bolsa grande de plástico debajo de la cabeza, para recoger el agua del lavado.
• Proteger los oídos con torundas de algodón.
• Colocarse guantes desechables.
• Mojar y enjabonar el cuero cabelludo, frotando con las yemas de los dedos, con movimientos circulares (es conveniente peinar y cepillar el cabello ates de mojarlo para desenredarlo y así evitar que se quiebre).
• Aclarar la cabeza, escurrir el exceso de agua, posteriormente peinar y secar.
• Recoger el equipo utilizado y proceder a su limpieza o eliminación.
- Alopecia. Falta de cabello.
- Alopecia areata. Calvicie en áreas bien definidas.
- Hipertricosis o hirsutismo. Desarrollo exagerado del cabello.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar a través de la descripción de la técnica de higiene del cabello y cuero cabelludo aplicada al paciente hospitalizado, llegamos a la conclusión de la importancia de este acto, para el paciente el cual, se sentirá atendido y cuidado y esto repercutirá en una mejor percepción de su atención y en cuanto a la salud se encontrara mejor de ánimo y que todo va a depender de la buena efectuación por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realice el procedimiento, que tendrá especial cuidado en hacerlo sentir al paciente lo más agradable posible, no mojándole la cama y no tardando más de lo preciso que requiera la higiene para no cansar al paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.infosalus.com/estetica/noticia-algo-mas-champu-20140504115933.html
2. Castañeda Gameros Paola, López Cordero Sofía. El pelo: generalidades y enfermedades más comunes. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Jun

[citado 2022 Ago 28] ; 61(3): 48-56. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000300048&lng=es.
3. http://viejo.enferurg.com/protocoloschus/305.pdf
4. Gutierrez I. Indicencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. Revista de Calidad Asistencial. 2007;22(6):277-86.
5. Benner P. Caring for the silent patient. Am J Crit Care. 2002;11(5):480-1.
6. Quiroz S. Alteraciones hemodinamicas del paciente critico cardiovascular durante la realizacion del baño diario. Medicina - Universidad Pontificia Bolivariana. 2012;31(1):19-26.
7. Curtis K. Back to basic - Essential nursing care in the ED, Part 2. . Australian Emergency Nursing Journal. 2008;11(2):95-9.
8. Laverde O. Proyecto sobre capacitación del personal de enfermería del servicio de hospitalización de la Clinica Universitaria Teleton en la busqueda de la comidadidad de los pacientes al realizar el baño en cama. Documento Interno: Clinica Universitaria Teleton.; 2009.
9. https://www.msolucionagranada.com/lavar-el-pelo-a-persona-encamada/

Capítulo 145

HIGIENE EN LACTANTES PRECEDENTE A LA CAÍDA DEL CORDÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS

CARMEN HERAS ZAFRA

ALICIA COLETO JIMÉNEZ

ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO

ISABEL MOYA MARCO

1 Introducción

Unos de los cometidos y competencias a las que debe atender en el trascurso de su trabajo el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, será la del baño en el Neonato o recién nacido y ser conocedor de las técnicas, protocolos y normas de actuación por las que se rige dicho bañó y saber que está dividido en etapas como son la de anterior a la caída del cordón umbilical y el baño después de la caída del cordón, Se debe diferenciar el baño del neonato anteriormente (por partes) o ulteriormente (por inmersión) de la caída del cordón umbilical, para evitar en la

medida de lo posible daño o patologías al neonato que no tenía en el momento del nacimiento.
Baño preliminar a la caída del cordón.
Hasta que no se desprenda el cordón el cual estaría entre la primera semana o a partir del 7º día, no conviene el baño completo que es lo mismo que no es conveniente por inmersión, ni mojar la herida umbilical, por riesgo de infección. Se lavará con esponja o algodón húmedo, dejándolo secar.
El baño será diario desde el nacimiento (el primer baño se efectuara a las 24 horas del nacimiento). Se echa agua templada en un recipiente, añadiéndose agua caliente si lo necesita. La temperatura media será de 35-37º C. Se arropa al bebé con una toalla. La duración del baño será inferior a 5 minutos.

2 Objetivos

- Describir las técnicas y como se procede a su efectuación del baño del neonato anterior a la caída del cordón umbilical

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de cuidados al paciente hospitalizado, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

El cometido del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en lo que respecta al baño del neonato recién nacido y que describiremos.
El baño es por partes como hemos comentado anteriormente sin inmersión, ya que esta inmersión no se podrá efectuar hasta que no se le haya caído el cordón umbilical, para evitar y prevenir la infección del cordón umbilical.
• Ojos . A la vez que se sujeta la cabeza del bebé, se lavará cada ojo con una torunda de algodón empapada en agua templada. Se usará una torunda nueva para cada ojo, limpiándose desde el lagrimal hacia fuera.

• Cara . Con una toalla o una manopla suave de algodón se limpia en torno a de la boca, la nariz y el resto de la cara, siempre desde el centro hacia fuera y sólo con agua limpia. No se introducirá absolutamente nada en los orificios auditivos o nasales.
• Pelo . Se envuelve al bebé recién nacido en una toalla y se coge poniendo un brazo bajo la espalda y la mano sosteniéndole en todo momento la cabeza. Con la mano que queda libre se moja el pelo del bebé y se emplea una pequeña cantidad de champú infantil, aplicándolo con un suave masaje. Se aclara con agua hasta eliminar los restos de champú.
• Cuerpo . Con jabón líquido suave de ph neutro para bebés. El cuidador se moja la mano o la manopla y se lava el cuerpo del bebé desde el cuello hasta la cintura, sin olvidar brazos y manos. Se aclara bien y se seca mediante una suave presión. Se tapa la parte superior del cuerpo con la toalla y se lava la parte inferior. No se debe olvidar aclarar y secar adecuadamente los pliegues para evitar el exceso de humedad.
Por último, se lavará la zona del pañal usando siempre agua limpia y templada.
Si el neonato, si son niñas bastará con limpiar suavemente la zona desde delante hacia atrás; a los bebés se les lava la zona genital y el pene cuidando de no retirar el prepucio (en los primeros meses de vida el prepucio se encuentra adherido al glande y se podría provocar una fimosis iatrogénica) .
El cambio de pañales debe hacerse anterior a cada una de las tomas de alimento y siempre que se ensucie.
La utilización de cremas emolientes en los primeros días no está justificada ya que suelen contener productos inadecuados para la piel del neonato, potencialmente irritantes o sensibilizantes. Se deben evitar los productos que estén perfumados y las toallitas húmedas o con alcohol.

5 Discusión-Conclusión

De la descripción y exposición de los procedimientos y técnicas a la hora de realizar el baño en el neonato recién nacido se concluye y en opinión que lo más destacable en cuanto al cuidado que le proporciona el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería al recién nacido es esencial y de que sus conocimientos a la hora de tratar con neonatos se requiere de especial cuidado en cuanto a la perdida de temperatura, y de saber los pasos correctos y necesarios para evitar y prevenir infecciones de la correcta realización de la técnica del baño por partes es el cuidado del cordón umbilical ya que es un punto delicado por el cual el recién nacido puede contraer infecciones.

6 Bibliografía

1. https://books.google.com/books?id=GeS1p-6GLnIC
2. https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/bathing-skin-care/Paginas/bathing-your-newborn.aspx
3. Lactante, recién nacido. Organización .Mundial de la Salud. [Internet]. [Consultado el 14/01/2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
4. Nacimientos prematuros. World Health Organization. [Internet]. [Consultado el 14/01/2018] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/
5. Rubio, S.; Del Barrio, P.; López, AB. et al. Neonatos pretérmino tardíos y a término precoces: una población de riesgo. Progresos de obstetricia y ginecología. [Internet] 2012 [Consultado el 14/01/2018];55(2):94-95. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030450131100495X
(4).Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office). Ine.es. [Internet]. [Consultado el 16/01/2018] Disponible en: http://www.ine.es/
6. Bebé prematuro: MedlinePlus Enciclopedia Médica [Internet]. [Consultado el 16/01/2018]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001562.htm

Capítulo 146

EL CAMINO DE LAS CUIDADORAS HASTA LA PROFESIÓN DE SER TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALICIA COLETO JIMÉNEZ

CARMEN HERAS ZAFRA

MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS

ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO

ISABEL MOYA MARCO

1 Introducción

En cuanto a la evolución y desarrollo en cuanto a una cronología de la profesión de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y que comúnmente e incorrectamente se les sigue llama auxiliares de enfermería o incluso auxiliares a secas, se ha avanzado mucho en cuanto a la titulación a efectos solo de papel, pro que de nuestro trabajo deriva una gran responsabilidad y la cual a lo largo de los años y del tiempo se ha ido ampliando y creciendo en competencias así como en el desempeño del trabajo únicamente exclusivo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería el cual, es el profesional sanitario responsable y encargado de administrar los cuidados y atenciones básicos al enfermo y trabajar sobre

las condiciones sanitarias de su entorno laboral bajo la supervisión del personal enfermero.

Le corresponde efectuar los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal enfermero. Por esto, se atienen a las delegaciones que nos apliquen y que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia de la Unidad o Servicio donde actúen las citadas profesiones.
Esta profesión de Técnico en cuidados de enfermería y que es de suma importancia a la vez que imprescindible a la hora del cuidado básico y trato con el enfermo, ya que ha evolucionado y mucho con el trascurso de los años y se ha ido posicionando y escalando en competencias y responsabilidades suyas propias, hasta volverse un pilar fundamental de la sanidad.

2 Objetivos

Describir la cronología y evolución desde que se comenzó siendo unas cuidadoras a un título de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería a lo largo de los tiempos hasta la actualidad

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de cuidados al enfermo hospitalizado, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Emprendiendo por el principio de los tiempos en esta profesión, siempre se ha debido cuidar al enfermo o a la persona que lo requiriera por su debilitado estado de salud y siempre hubo y habrá personas dedicada a esta labor, pero era un trabajo que se hacia por defecto, derivado de la necesidad, aunque afortunadamente se le empezó a tomar en consideración y a ser visible en las instituciones sanitarias o centros de atención sociosanitarios, la figura y presencia de estos profesion-

ales sanitarios aparece en los Hospitales en 1947 con el nombre de Ayudantes Sanitarias.
El Decreto de 17 de noviembre de 1960 reconoce a las Auxiliares de Clínica su función de cuidados así como asistencial de carácter familiar: aseo del enfermo, alimentación, recogida de datos clínicos, administración de medicación oral, etc.
La Orden ministerial de 7 de mayo de 1963 regula la actuación y avanza en la esfera de la salud de las Auxiliares de Clínica en los Centros Hospitalarios. Se les incluye como parte integrante del equipo de enfermería.
La Orden de 26 de abril de 1973 aprueba el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social donde se halla la figura del Auxiliar de Clínica.
En 1975 se da inauguración a la formación profesional del Auxiliar de Clínica poniendo a funcionar y desarrollar el título de Formación Profesional Rama Sanitaria (FP I).
En 1984 se incluye la exigencia del título de FP, Rama Sanitaria (FP I) a todos los Auxiliares de Clínica que quisieran trabajar en instituciones sanitarias relacionadas con la salud de la Seguridad Social.
En 1986 se introduce la figura del Auxiliar de Enfermería sustituyendo al tan antiguo Auxiliar de Clínica en el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo.
En 1995, mediante los Decretos 546/1995 y 558/1995 se establece ya el currículo formativo y la nueva denominación de los estudios obtenidos del título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
Hay que tener en consideración que esta profesión está regulada por, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias establece la relación de profesionales del área sanitaria de formación profesional:
• De grado superior. Técnico Superior en Dietética, Anatomía Patológica y de Citología, en Documentación Sanitaria, así como también de Laboratorio de Diagnóstico Clínico, Higiene Bucodental, en Imagen para el Diagnóstico y medicina nuclear en Ortoprotésica, en Prótesis Dentales, en Radioterapia, en Salud Ambiental y en Audioprótesis.
• De grado medio. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Técnico en Farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos a través de este artículo, de la descripción de la evolución y cronología de la profesión sanitaria, del Técnico en cuidados de enfermería, cumple un papel demasiado importante, pero no reconocido adecuadamente, además, de poco valorado y remunerado, en el cuidado de la salud de los en-

fermos, ya que la figura esencial de los Técnicos de grado medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería, es de vital importancia a la hora de poder funcionar adecuadamente en cuanto a organización estructuración de las plantillas y servicios además, de lo más importante que son los cuidados al enfermo y demás requerimientos que precise, ya que sin esta profesión la sanidad española no podría seguir adelante y por supuesto siempre formando equipo con los demás profesionales sanitarios y no sanitarios.

6 Bibliografía

1. https://books.google.com/books?id=thf6CAAAQBAJ
2. https://formaciontss.es/profesion/
3. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/formacion_continua/es_1265/adjuntos/Articulo_2-3.pdf
4. https://fpeuropa.com/wp/2019/06/formacion-semipresencial-auxiliar-de-enfermeria-y-farmacia-y-parafarmacia/
5. https://capacitacionifad.com/?sec=libroDetalle
6. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Ago 29] ; 23(4): 229-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es.
https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008.
7. Rosa Eduardo Rosanna de la, Zamora Monge Gerardo. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?. Index Enferm [Internet]. 2012 Dic [citado 2022 Ago 29] ; 21(4): 219-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=es.
https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009.

Capítulo 147

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPLICA LOS TIPOS DE VÍAS PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO

SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ

ELÍAS LÓPEZ GIL

JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN

INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL

1 Introducción

Habilidad de las enfermeras para ayudar en la dispensación de medicamentos a los pacientes.
Cada medicamento está formulado para usarse de una manera específica para aprovecharlo al máximo.
La introducción de fármacos en el organismo se acorta al introducir en el organismo de diferentes formas sustancias simples o complejas con efectos terapéuticos. Aspectos que el Equipo de Enfermería, en el que nos calificamos como Técnicos en Cuidados de Apoyo (TCAE), debe conocer:
Sobre las drogas:

Naturaleza. Síntomas de sobredosis o efectos secundarios. Fármacos que se potencian o interactúan entre sí. Fórmula de conservación de medicamentos. - Para pacientes:
Proteja la privacidad si es necesario. Reacciones alérgicas o de hipersensibilidad. - Preparando:
Fecha, hora y dosis en ficha del paciente. Consulte si la orden no es clara o no está firmada por su médico. Observe la fecha de caducidad y deseche cualquier producto elaborado posteriormente (recomendado de inmediato) con color, olor o textura alterados. Observe las reglas de asepsia: no tocar, lavar antes de usar, cubrir, etc. - Sobre el uso:
Asegurar el cumplimiento de la prescripción de medicamentos (dosis, paciente, vía de administración y duración de la administración). Reporte cualquier error o medicamento que fue rechazado o no pudo ser proporcionado. Registre si el medicamento no funciona correctamente e indique que ha notado que el medicamento no funciona correctamente.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir las vías de administración de medicamentos, para que la conozcan el equipo de salud en el que se incluyen los técnicos 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 sobre la literatura científica 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 importante conocer las posibles vías de administración, ya que existen muchas formas de administrar los fármacos. Las vías más comunes son parenteral (incluyendo intravenosa, intramuscular y subcutánea) y oral. Las vías rectal, sublingual, inhalatoria y dérmica se utilizan sólo en casos seleccionados. oralmente. Esto incluye medicamentos, líquidos o sólidos que se toman por vía oral para ser

absorbidos a través del tracto gastrointestinal. Estos pueden ser: comprimidos, pastillas, comprimidos, gránulos, jarabes o elixires. Esta es la ruta más utilizada debido a su conveniencia, pero tiene la desventaja de que la absorción del fármaco (que ocurre en el estómago y en la parte proximal del intestino delgado) se ve afectada por muchos factores. Los medicamentos deben ser solubles para atravesar las paredes intestinales. Si el fármaco es inactivado por el pH ácido del estómago, no puede administrarse de esta manera. En ocasiones se recomienda tomarlo en ayunas después de una comida para evitar cambios de acidez. Si el medicamento se toma con alimentos, tiene menos contacto con las superficies mucosas, por lo que la absorción es más lenta. Sin embargo, si el medicamento irrita el estómago, se tolera mejor cuando está lleno. Algunas drogas que irritan el revestimiento del estómago o que son inactivadas por el ácido a veces se formulan como tabletas o cápsulas enterales para que puedan pasar a través del estómago sin cambios ni irritación. Esta vía no debe utilizarse si el paciente tiene síndrome de malabsorción y tiene vómitos o diarrea, porque la absorción del fármaco es problemática sin consultar a un médico. túnel subterráneo. La absorción se produce a través de capilares en la base de la lengua. Es una vía de rápida absorción por la alta vascularización de la zona en casos muy concretos y la reducción de fármacos como los nitritos en la cardiopatía isquémica. tratar:
Indique al paciente que levante la lengua. Ponga el medicamento en el fondo de la misma. Di que no puedes tragarlo. Rectal Esta es una alternativa a la administración oral, pero la absorción es muy diferente. Se utiliza cuando el paciente tiene vómitos o un niño que rechaza la medicación oral. Al igual que con la administración oral, la absorción puede verse afectada por varios factores. Su uso puede causar intolerancia e irritación. Esta ruta también se puede utilizar para exploración o remoción de escombros. La presentación de los medicamentos puede ser: supositorios, enemas. tratar:
Luz:
Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo y doble la pierna derecha tanto como sea posible. Una mano emerge de la cadera mientras que la otra mano inserta el óvulo. Enemas de retención:
Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo y doble la pierna derecha tanto como sea posible. Separe las caderas con la otra mano, respire profundamente por la boca para relajar el esfínter anal e inserte el tubo durante unos 10 minutos. 10 cm del ombligo. Si se siente resistencia, no se forzará la entrada. Levante el dispositivo de lavado. Mantener durante 30 minutos. Para quitarlo, doble el tubo (para evitar que entre líquido) y sáquelo lenta y cuidadosamente. Vagina Se inserta en la vagina y se puede expresar como: crema, huevo, huevo. tratar:

Protege tu privacidad. Pida vaciar su vejiga. Haga que el paciente se acueste boca arriba con las piernas abiertas y dobladas. Si hay secreción, limpie el área. Separe los labios con una mano (no es necesario esterilizar antes de lavar y usar guantes) e inserte cuidadosamente el aplicador en el área de la entrepierna. Mantener al paciente en posición horizontal durante unos diez minutos. tipo de piel. Su aplicación es sobre la parte córnea de la piel. La absorción es muy lenta. Se puede encontrar en: cremas, ungüentos y linimentos. tratar:
Asegúrese de que la zona esté limpia y si queda algún producto, límpielo con agua y jabón o solución salina o gasa estéril. Aplique el medicamento en una capa delgada con las yemas de los dedos. Si es necesario, cubra la superficie más tarde. Si hay herida se utilizará técnica aséptica. Vía oftalmológica
La presentación del medicamento puede ser: pomada o colirio. tratar:
Tenga en cuenta la fecha de apertura. Almacene en un lugar fresco y seco y deséchelo dentro de los 30 días posteriores a la apertura. Cómo limpiar la secreción de los párpados:
Incline la cabeza del paciente hacia atrás. Aplicar en la base conjuntival, no en la superficie corneal. Presione los conductos lagrimales a cada lado de la nariz para evitar que el medicamento se derrame. en la oreja. tratar:
Calentar el frasco con las manos. Coloque al paciente en decúbito lateral sobre el lado sano. Tire suavemente de la tibia hacia atrás y hacia arriba. Después de la administración, se recomienda permanecer en esta posición durante 5 minutos. tráquea. Los medicamentos se pueden preparar por goteo o inhalador. tratar:
Suénate la nariz antes de usar el medicamento. Mantén la posición durante cinco minutos. De acuerdo con las recomendaciones de dispensación, también cabe destacar la importancia de su conservación, ya que, en general, se deben almacenar y almacenar según los requisitos descritos en cada envase de medicamento, aunque podemos aplicar los siguientes criterios a todos ellos:
Normas y protocolos para centros de trabajo, centros y hospitales. Cada hierba está en un recipiente. Evite la luz solar directa, las altas temperaturas y la humedad. En el caso de envases múltiples, siempre se almacenan la identificación, la dosificación y la fecha de caducidad de los elementos individuales. Al menos ordenar alfabéticamente, aunque también sería útil ordenarlos por administrador y fecha de ejecución. Es importante observar estrictamente los requisitos especiales de almacenamiento existentes (congelación). Los medicamentos no deben ser entregados al público, pacientes o personas ajenas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión de que en ningún caso se deben utilizar productos con embalaje dañado y/o apariencia y propiedades alteradas. La vida útil es un parámetro decisivo en el almacenamiento y uso de medicamentos. El que caduca primero debe usarse primero y tiene más cosas que el que caduca más tarde. La fecha de caducidad suele expresarse como un mes del año, y esa fecha nunca llega, por lo que el medicamento es válido hasta el último día del mes en el que cae la fecha de caducidad. También hay que tener en cuenta que la carrera de enfermería es responsable de las vías del parto al igual que el resto del equipo médico, ya que el TCAE debe conocerlas.

6 Bibliografía

1. Anderson, F. Why is the pharmaceutical industry investing increasing amounnts in health economics evaluations? Int. J. Tech. Assess. Health Care, v. 11, p. 750-61, 1995.
2. Arias, T.D. Glosario de medicamentos: desarrollo, evaluación y uso. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1999. 333 p. Badia, X.; Rovira, J. Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisión en la práctica clínica y la política sanitaria. Barcelona: Luzàn 5, 1994. cap. 2, p. 19-28.
3. Bootman, J.L.; Towsend, R.J.; Mc Ghan, W.F. Principles of pharmacoeconomics.

Capítulo 148

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES CON ALZHEIMER

MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO

SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ

ELÍAS LÓPEZ GIL

JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN

INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer, una forma de demencia neurodegenerativa, progresiva e irreversible, es una enfermedad que se presenta en pacientes de edad avanzada y es la causa más común de demencia. Hay muchas razones y el desarrollo es lento pero gradual. Porque es parte de una población cada vez mayor; El propósito de esta revisión bibliográfica es familiarizar a los odontólogos con las características clínicas de la enfermedad y cómo planificar el tratamiento odontológico para estos pacientes. Se ha descrito que los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen una mayor incidencia de enfermedad bucal debido a la falta de mantenimiento de una higiene bucal adecuada y una higiene bucal deficiente.

Los efectos secundarios de sus medicamentos, la falta de autocuidado, la dificultad para acceder a la atención, las actitudes hacia los profesionales de la salud y la falta de cooperación en el cuidado dental aumentan el riesgo de enfermedades bucales. , la caries y las enfermedades periodontales son más comunes. Las investigaciones muestran que las personas con demencia tienen una salud bucal más deficiente que las personas sin demencia, con más caries y un flujo de saliva reducido. Por lo tanto, es importante brindar a estos pacientes educación sobre salud bucal y, si es necesario, una selección de sustitutos y estimulantes de saliva artificial, fluoruro tópico, buena higiene bucal y visitas regulares al dentista. Es posible que las personas con demencia no puedan explicar o informar el dolor o la incomodidad. Algunos de los síntomas que pueden considerarse molestias bucales incluyen: negativa a comer, bofetadas constantes en la cara, aumento de la salivación, inquietud y gemidos o gritos. Los equipos de salud bucodental deben ser conscientes de estos signos y educar a los cuidadores para que puedan acceder a los servicios de salud necesarios de forma temprana. La enfermedad de Alzheimer es un proceso complejo y los pacientes con la enfermedad tienen diferentes etapas, y los especialistas deben desarrollar un plan de tratamiento para cada etapa en función de la gravedad de la enfermedad. El odontólogo debe ser consciente de que las medidas de higiene que implementa son insuficientes o ineficaces para los pacientes incapacitados con esta enfermedad, y en base a ello, el profesional debe conocer la amplia gama de estos pacientes. que pueden sufrir enfermedades de la cavidad bucal tanto por falta de higiene como por los efectos secundarios orales negativos de los medicamentos utilizados. Por lo tanto, se debe establecer una terapia preventiva para retardar la progresión de la patología oral, y también es importante comprender los medicamentos prescritos a los pacientes, sus efectos secundarios y los cambios relacionados en el tratamiento. con calidad El cuidado bucal tiene cinco elementos importantes: los síntomas, el examen bucal, el tratamiento, el rol del cuidador en relación con la salud bucal del paciente y el rol del odontólogo.

2 Objetivos

Describir e indicar las funciones del TCAE ante la importancia de una buena salud bucodental en el paciente con Alzheimer.

3 Metodología

Para la realización del siguiente Capítulo, se ha utilizado la búsqueda sistemática de libros, así como de artículos científicos en las siguientes bases de datos: ”Google Académico”, ”Scielo.org”, y ”Google”, incluyendo revisiones bibliográficas. Se han usado para estas búsquedas, las siguientes palabras clave: ”salud oral”, ”salud dental”, ”higiene bucal”, ”enfermedad de Alzheimer”, ”cuidados bucales en mayores”, ”dentista y Alzheimer.”

4 Resultados

Abordaje clínico de los pacientes con enfermedad de Alzheimer:
Debido al aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad moderna, los dentistas se enfrentan a un número cada vez mayor de personas mayores que necesitan atención dental. Por lo tanto, capacitar a los dentistas para abordar las condiciones clínicas específicas de esta población es fundamental para brindar servicios de calidad, y una de las enfermedades más comunes en esta población en crecimiento es la enfermedad de Alzheimer. Los planes de tratamiento para pacientes con enfermedad de Alzheimer deben desarrollarse teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y siempre de acuerdo con la familia del paciente o los responsables de su cuidado. Cabe señalar que a medida que avanza la enfermedad, el estado de la cavidad oral del paciente se deteriorará gradualmente, especialmente en lo que respecta a la higiene bucal. Por lo tanto, si el paciente es atendido en etapas tempranas de la enfermedad, se debe prevenir este deterioro con medidas de emergencia (fluoruro tópico, enjuagues con clorhexidina, etc.) y visitas frecuentes para lavado y/o descamación o profilaxis. Los miembros de la familia y los profesionales de la salud en los centros de salud mental y para pacientes hospitalizados deben recibir instrucciones sobre las medidas de higiene bucal para dichos pacientes. El personal de enfermería puede recibir capacitación en métodos como la profilaxis y/o el uso de flúor en centros con o sin dichos dispositivos quirúrgicos; asistencia simple con técnicas de cepillado diario, que pueden incluir el uso de un cepillo eléctrico y/o una gasa húmeda para complementar la eliminación de irritantes. alcalde. Consejos para una buena higiene:
La enfermedad de Alzheimer y la salud dental están estrechamente relacionadas en el sentido de que cuanto más progresa la enfermedad, más probable es que se descuide el cuidado bucal. Los profesionales de la salud bucodental de estos pacientes son responsables de su atención y se les aconseja que reciban la formación adecuada. Aquí hay algunos consejos que pueden ser útiles en esta tarea:

- Control de la ingesta de fármacos: Algunos de estos fármacos, como los antidepresivos o los antipsicóticos, pueden provocar efectos secundarios graves en la salud bucodental, provocando disminución de la salivación o sequedad de boca. Algunos medicamentos pueden incluso causar el síndrome de "boca seca crónica" (pérdida de saliva de la boca). Este efecto no se limita a la desagradable sensación de boca seca, sino que dado que la saliva es un elemento esencial para una buena salud dental, los problemas de caries dentales tienden a ser más frecuentes cuando la saliva se reduce. - Evitar cambios en la dieta: Los alimentos azucarados y las dietas aburridas son otros de los factores que tienen más probabilidades de provocar caries, por lo que dado que los adultos mayores tienden a seguir este patrón dietético, es necesaria una estricta higiene bucal para evitar que se produzca o se desarrolle. No se recomienda sustituir las comidas principales por meriendas, olfatear dulces o tomar bebidas azucaradas. La nutrición es un factor preventivo en el desarrollo de la enfermedad. - El cepillado aún debe hacerse dos veces al día. Es importante no reducir los buenos hábitos de salud dental debido a las dietas y medicamentos mencionados anteriormente. Debido al alto potencial de problemas, se debe continuar el cepillado dos veces al día en esta etapa. - Utilizando el cepillo de dientes más adecuado para cada situación, los cepillos de dientes eléctricos son la mejor elección para los enfermos de Alzheimer a menos que

Pueden tolerar la sensación de vibración en la boca. Se consigue un cepillado rápido y eficaz. Lo mejor es limpiar a fondo las encías y el paladar del paciente con un cepillo suave. También puede usar hilo dental al menos una vez al día. Son la mejor opción si el paciente tiene tendencia a rechinar los dientes. - Usar hilo dental, el uso de hilo dental sigue siendo importante para evitar la acumulación de desechos, por lo que no hay necesidad de suprimirlos. - Si lleva dentadura postiza, límpiela bien después de cada comida. Muchas personas con alzhéimer a menudo tienen poca capacidad para tragar, lo que hace que se acumulen restos de comida en los dientes. Esta es otra posible fuente de infección, por lo que se debe tener cuidado al limpiar. Si los pacientes ya no tienen dentaduras postizas completas debido a la edad y usan dentaduras postizas, deben limpiarse después de cada comida. - Revisa tus dientes y encías al menos una vez al mes. La mejor manera de monitorear la salud bucal de un paciente con Alzheimer es revisar periódicamente si hay anomalías. Una vez al mes es suficiente para que los seres queridos lo descubran. - Visitar al odontólogo con frecuencia y seguir sus recomendaciones para prevenir la presencia de focos de infección bucal que puedan empeorar el estado general del paciente. Los miembros de la familia a menudo se sienten más relajados y confiados cuando su dentista comprende la naturaleza de

la enfermedad y puede brindar ayuda profesional a los pacientes con Alzheimer. El dentista recomendará un enjuague antibacteriano o una solución adecuada según el problema identificado. Por lo tanto, no debe dejar demasiado tiempo entre visitas. En tales casos, cada 6 meses puede ser una buena recomendación general, aunque los expertos indicarán la frecuencia adecuada para cada situación. Es importante visitar al dentista regularmente. Como se mencionó anteriormente, los principales problemas en las personas con la enfermedad de Alzheimer son los problemas de conducta y de memoria. Las citas y las instrucciones postoperatorias pueden olvidarse en las etapas iniciales de la enfermedad. Como resultado, los pacientes descuidan gradualmente la higiene bucal, sin recordar la importancia de la higiene bucal o incluso cómo usar un cepillo de dientes o limpiar las dentaduras postizas.

5 Discusión-Conclusión

La proporción de personas de mediana edad y mayores en nuestra sociedad está aumentando rápidamente, en gran parte debido al aumento de la esperanza de vida en las sociedades occidentales. Esto afecta directamente el tipo de servicios odontológicos que los futuros especialistas deben poder brindar, ya que año a año aumenta la probabilidad de que los pacientes adultos mayores con enfermedad de Alzheimer o requeridos por agencias o instituciones gubernamentales. Atención privada de dichos pacientes. Esta enfermedad no se puede curar. Los tratamientos disponibles solo retrasan la progresión de la enfermedad y aumentan ligeramente la esperanza de vida. Para los cuidadores, especialmente los dentistas en etapa terminal, todo lo que es importante es eliminar el dolor cuando ocurre y mantener un nivel nutricional que sea consistente con el estado ambulatorio de muchos de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Julio Torales, Iván Barrios, Israel González. Problemáticas de salud bucodental en personas con trastornos mentales.
2. Raposo Correa, Sara (Odontóloga en Servicio Andaluz de Salud, Máster Salud Pública Oral) Pérez Jiménez, Esther (Máster en Salud Pública Oral; Máster en Odontología Familiar y Comunitaria.).
3. Marmy M, Matt F. Oral hygiene knowledge of caregivers in a psycho-geriatric home. SchweizMonatsschrZahnmed.
4. JA Gil-Montoya, C Barreto-Cárdenas… - Atención Primaria, 2005 – Elsevier.

5. Marín DJ, Manejo Odontológico de los pacientes con demencias. Revista de la Federación Odontológica Colombiana.

Capítulo 149

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. FUNCIONES ESTERILIZACIÓN

MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO

SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ

ELÍAS LÓPEZ GIL

JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN

INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el principal responsable del correcto funcionamiento de la central de esterilización en un hospital ya que es la persona encargada de realizar la esterilización de todo el material que posteriormente será utilizado para el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, por ejemplo, en una cirugía. Un error en la esterilización de un instrumental que posteriormente va a estar en contacto directo con fluidos corporales del paciente, como la sangre, puede acarrear graves consecuencias para la salud del paciente. Esterilización es un servicio que pertenece y depende del hospital, está centralizado y comunicado con todas las unidades, principalmente del bloque quirúrgico, al que pertenece. Este está situado normalmente en la planta bajo o en el sótano y tiene una comunicación directa con el quirófano, su principal cliente, y lo puede

hacer de forma vertical, con el uso de montacargas o bien de forma horizontal que se hará con dos circuitos o pasillos, uno para el sucio el otro para limpio.
La esterilización, es un proceso mediante el cual se eliminan completamente todas las formas de vida, incluidas las esporas en el material sanitario e instrumental quirúrgico para que esté apto en su posterior uso y poder evitar infecciones tanto para pacientes como para el personal sanitario.

2 Objetivos

Identificar las funciones del TCAE en el servicio y conocer la variedad de métodos de esterilización, el proceso de lavado del material, la clasificación y los distintos controles.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave "funciones auxiliar enfermería en el servicio de esterilización".

4 Resultados

El objetivo principal de la enfermera en los servicios de esterilización es garantizar que todos los materiales recibidos se limpien, desinfecten y esterilicen a fondo para su uso posterior en los distintos servicios del hospital. Las enfermeras desempeñan un papel vital en el desarrollo de los servicios de desinfección, que incluyen:
- Limpieza: es una técnica higiénica que involucra acciones metódicas y programadas, incluyendo la remoción de residuos orgánicos e inorgánicos y la reducción del número de microorganismos en instrumentos y materiales. - Desinfección: es una técnica higiénica destinada a destruir los microorganismos patógenos. - Desinfección: tecnología de higiene destinada a destruir todas las formas de vida, eliminando patógenos y no patógenos, incluidas sus formas de esporas. De acuerdo con el artículo 76 del Reglamento de la Seguridad Social, el personal sanitario no concurrente, funciones de los auxiliares de enfermería en quirófanos y salas de desinfección son las siguientes:

- Vestidos, sábanas, toallas, etc. cuidado, conservación y reposición. - Colocación de guantes y preparación de vendas de gasa y otros materiales. - Asistir a auxiliares sanitarios cualificados en la preparación de materiales de esterilización. - Recoger y limpiar los instrumentos utilizados en los procedimientos quirúrgicos y ayudar a los paramédicos calificados a ordenar las vitrinas y los arsenales. - En general, todas las actividades que no sean de carácter profesional sanitario ayudan a promover las funciones de médicos y enfermeras o auxiliares. tecnico en salud. El servicio de desinfección tiene tres áreas diferenciadas: sucio, limpio y estéril. En las áreas sucias, los Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAE) reciben los materiales y son responsables de revisarlos, limpiarlos, desinfectarlos, secarlos y clasificarlos antes de trasladarlos a las áreas limpias. En esta zona limpia, el personal de enfermería prepara el embalaje de los materiales y comprueba que estén correctamente embalados, además de desplegar diversos controles biológicos y químicos. Luego, TCAE selecciona un método de esterilización basado en el material a esterilizar. En el área estéril, el TCAE recibe el material esterilizado y es responsable de clasificarlo, almacenarlo por fecha, enviarlo al departamento de servicio correspondiente y contabilizar todo el material procesado.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de servicio de desinfección son esenciales para el desarrollo de las operaciones hospitalarias. Los auxiliares de enfermería son el personal responsable de limpiar, desinfectar y esterilizar adecuadamente todo el material que se utiliza en los hospitales, y este es un trabajo importante. Los centros de esterilización deben estar estrechamente conectados con los quirófanos, las unidades de cuidados intensivos, los servicios de reanimación y urgencias, porque es allí donde más se necesitan los materiales y herramientas para los procesos de atención al paciente. Los trabajadores de servicio deben estar capacitados para comprender la importancia de estos procedimientos, mejorar su eficacia y ser capaces de minimizar la posibilidad de contaminación mediante la implementación cuidadosa de cada procedimiento.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.daeformacion.com.
3. www.auxiliar-enfermeria.com.
4. Pubmed.com

5. https://www.contenidoscumlaude.co

Capítulo 150

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PARITORIOS

SUSANA GÓMEZ MICOT

GLORIA CIFUENTES LOPEZ

NOELIA MUÑOZ GONZALEZ

RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ

MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS

1 Introducción

La unidad de paritorios en el ámbito hospitalario es aquel donde se ofrecen una atención especializada y unos planes de cuidados, protocolos y procedimientos como elementos para hacer efectivos los cuidados de enfermería.
La unidad está dotada de un equipamiento tecnológico y clínico necesario para dicha atención.
Y consta; además, de un equipo médico altamente cualificado y formado específicamente en la atención a la mujer embarazada hasta el nacimiento del bebé, ya que la maternidad implica el desarrollo de una serie de capacidades que no son innatas y por lo tanto requiere la enseñanza de los cuidados, tanto personales como del recién nacido/a.

El personal sanitario que trabaja en dicha unidad es: el obstetra, que es el médico encargado de supervisar todo el proceso y verificar que no haya complicaciones. La matrona, la cual es la principal referente en la sala de partos. Se trata de una enfermera que acompaña y ayuda a atravesar todo el proceso. Ella es quien controla el avance del parto por medio de tactos vaginales y monitoreos fetales, quien suministra goteo si hace falta. En un parto normal, ella es la principal responsable, y el médico solamente supervisa. Después del parto, la matrona también asesora en cuestiones de lactancia y primeros cuidados del recién nacido.
Y el TCAE, que su labor es la de asistir al médico y a la matrona. Deberá además hacer que todo el proceso de parto resulte lo más fácil posible, intentando asistir a la parturienta en todo lo necesario y explicándole todo el proceso al que se va a someter.
Es importante que todo el personal cuente con la capacidad humana necesaria para que la parturienta se sienta lo suficientemente acompañada, atendida, animada y respetada.

2 Objetivos

objetivo principales del capitulo :
-Exponer e indicar las funciones del tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria en la unidad de paritorios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo la recogida de diferentes datos en blogs, revistas electrónicas y portales web tanto del ámbito de la enfermería como de la medicina.
Además de mi propia experiencia tanto personal como profesional.
Se han usado las siguientes palabras clave para la búsqueda: paritorio, cuidados, enfermería, bebé.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la unidad de paritorios son muy parecidas a las que ejecutaría un auxiliar de enfermería en cualquier quirófano: velar por su limpieza, esterilizar el material necesario y garantizar que esté listo para usar en cuanto se requiera.

Deberá conocer perfectamente los nombres y usos de este tipo de instrumental que se utiliza en los partos. Tendrá además que mantener una buena comuni516 cación tanto con la matrona como con la enfermera siguiendo sus indicaciones y formar un buen equipo para dar la mejor atención a cada paciente.
Funciones específicas:
- Reposición y limpieza de los carros de material fungible y de los armarios de ropa existentes en toda la unidad.
- Colaborar con las matronas en las dilataciones, anestesia epidural y partos.
- Preparar el campo estéril con todo el material necesario.
- Comprobación de los equipos.
- Asistir al equipo médico.
- Recoger el material, limpiarlo y mandarlo a esterilización.
- Reponer el material que haya sido utilizado.

Las funciones del TCAE en la unidad de paritorios constan de varias fases:
- Atención al ingreso de la gestante, la recibirá junto con la matrona y le explicará todo el proceso al que se va a someter. Se le indicará donde está el baño, el timbre y se le facilitará una bolsa debidamente etiquetada con sus datos. Le dará un camisón a la paciente, una braga y compresa si lo necesitase y acomodará a la misma en la cama.
- Atención en la monitorización, colocando una sábana limpia encima de la ropa de cama para así evitar que ésta se contamine.
- Atención en la dilatación, facilitando a la gestante si es necesario la colocación de un enema de limpieza y comprobando constantemente que la cama siempre permanezca limpia y la paciente cómoda.

Además acompañará y colaborará con la matrona en todas las técnicas precisas (colocación de catéter epidural y pH intraparto) así como en las exploraciones.
- Atención en el paritorio, preparar en la mesa del recién nacido un paño estéril con gasas, una tijera curva y la pinza de cordón.

Ayudará a vestirse al acompañante, facilitando bata, guantes, gorro, mascarilla y deberá colocar a la gestante en posición ginecológica en la mesa o silla del paritorio.
Y por último, deberá colaborar con la matrona y el médico en todo lo necesario, asumiendo tareas propias o delegadas.
- Atención en el postparto, procurando la higiene y confort de la paciente, ayudarla en el inicio de la lactancia materna procurando la mejor postura posible, y ayudar al celador en el traslado a la cama de la planta hospitalaria.
- Reposición y mantenimiento, el TCAE deberá reponer el material previamente utilizado, además de recoger y limpiar la sala de parto revisando que el instru517

mental esté completo para la próxima intervención y avisando de cualquier desperfecto que hubiese surgido a mantenimiento o supervisión.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son profesionales de la salud que centran sus funciones en asistir a otros profesionales sanitarios, como médicos o enfermeros, en el cumplimiento de sus obligaciones. Además no solo se limitan a asistir las funciones sanitarias de manera estricta, sino que también incluyen el apoyo administrativo y en menor proporción la ayuda en actividades de investigación y docencia.
Está claro que trabajar en un hospital como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es uno de los trabajos más reconfortantes para un profesional tan preocupado por ayudar a los demás. Y hacerlo en un paritorio significa tratar con pacientes llenas de la ilusión y de la esperanza que supone traer una nueva vida al mundo.

6 Bibliografía

1. Medline.com.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
3. Elpartoesnuestro.com.
4. Censanidad.com.

Capítulo 151

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SUSANA GÓMEZ MICOT

GLORIA CIFUENTES LOPEZ

NOELIA MUÑOZ GONZALEZ

RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ

MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS

1 Introducción

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área especial de un hospital dedicada a brindar cuidados intensivos y cuidados médicos. Los pacientes ingresados en esta unidad de cuidados intensivos tienen condiciones médicas graves que ponen en peligro la vida y requieren un control constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos. Dependiendo del número de pacientes hospitalizados, diferentes campos médicos pueden tener varias unidades de cuidados intensivos especializadas. La complejidad y gravedad de las condiciones y problemas de los pacientes ingresados en el servicio hacen imprescindible un conjunto de normas y estándares para su correcto funcionamiento.

Los profesionales de la salud que participan en estos dispositivos deben ser específicamente abandonados y conocidos sobre el control de estos países y sus características vitales durante 24 horas. Algunos ejemplos de patología que requieren atención UCI son todas las enfermedades o lesiones que pueden ser fatales, como:

• Quemaduras graves
• Covid-19 en 2019 (Covid-19)
• ataque al corazón
• Defectos del corazón
• Repita el funcionamiento incompleto
• Personas que llegan después de una operación importante
• Respiración insuficiente
• septicemia
• Sangrado severo
• Infección severa
• Daño severo como accidentes automovilísticos, otoño, etc.
• Choque
• Lucha

Dada la gravedad y las características específicas del paciente, el personal de la unidad necesita atención especial.

2 Objetivos

• Objetivos generales: Exponer las principales necesidades y características de la UCI
• Objetivos específicos: Exponer las características y la actuación del Auxiliar de Enfermería en el cuidado y atención a los pacientes ingresados en esta unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las intervenciones se realizan en la unidad de cuidados intensivos para hacer frente a situaciones muy sensibles que amenazan la vida del paciente. Dos de estas intervenciones son la base del departamento: cuidados intensivos y seguimiento de pacientes. En este servicio, las enfermeras son la principal fuente de tratamiento de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Personal que pasa la mayor parte del tiempo con los pacientes y brinda atención más especializada y básica.

Al igual que cualquier paciente hospitalizado, los pacientes críticos requieren cuidados de rutina para satisfacer necesidades básicas que varían según la condición patológica. Sin embargo, debido a compromisos importantes, la atención de nuestros pacientes críticos se llevará a cabo con un estándar de priorización, continuidad y sistematización. En la atención general de los enfermos graves encontramos:

• Colaborar con los relés de atención para conocer la evolución de nuestros pacientes en las últimas 24 horas con foco en la realidad inmediata (último turno). • Aplicar una atención planificada y personalizada a nuestros pacientes. • Tomar los medicamentos prescritos y cooperar con los médicos en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. • Completar los registros de atención de la unidad: cuadros, planes de atención, horarios, etc. • Monitorear y registrar los signos vitales. • Actuar en situaciones donde la vida esté en peligro inmediato. • Controlar la dieta del paciente: tolerancia, tipo de dieta, apetito. • responder adecuadamente a las necesidades del paciente y la familia y asegurarse de que tengan los recursos para remitirlos a nosotros. • Si es necesario, moviliza con seguridad al paciente (cambiar de posición, levantarse de la silla…)

• Garantizar una correcta higiene del paciente, especialmente antes y después de las comidas (manos, boca…) y cuando la situación lo requiera (diarrea, vómitos, sudoración…)

• Garantizar que el personal, los pacientes y los miembros de la familia sigan correctamente las medidas de aislamiento. Los principales cuidados a realizar en el TCAE incluyen: higiene, cuidado del medio ambiente y movilización. - Cuidado del medio ambiente:

• Proporcionar al paciente las condiciones ambientales óptimas para favorecer la cicatrización.

• Evite la humedad

• Reducir la luz y el ruido para promover la relajación. • Renovar el aire ventilando la habitación. Además de una correcta higiene y cuidado de la integridad de la

piel de los pacientes y la comprensión de las distintas posiciones en las que se debe colocar a estos pacientes, los TCAE son:
• Verificar que todos los materiales y equipos utilizados en la atención al paciente, tales como ambulancias, filtros de diálisis, etc., estén completamente estériles, por lo que todos estos equipos deben ser limpiados y esterilizados de acuerdo a los protocolos del hospital. • El equipo médico debe tener acceso a todos los medicamentos, instrumentos y materiales para la adecuada atención del paciente.
• Asistir a enfermeras y médicos en todos los procedimientos y técnicas que realizan, anticipándose siempre a los próximos pasos oa las necesidades de estos profesionales. 583
• Cuidar a los familiares de los pacientes, mostrarles corrección y sensibilidad, mostrarles las instalaciones del hospital e instruirlos sobre las normas de visita y permanencia en el consultorio médico. • Alimentar a los pacientes que puedan tomar por vía oral. • Drene los diuréticos si es necesario. • Reúna todos los materiales en la caja, retire los consumibles, esterilice y reorganice la caja en preparación para la llegada de un nuevo paciente.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo enfocandonos que debido a la sensibilidad de la situación del paciente en la unidad de cuidados intensivos, los tecnicos de cuidados auxiliares de enfermerian deben conocer las características especiales anteriores para garantizar una correcta higiene y un adecuado manejo de los cambios posturales , que este ultimo proceso se hace con la ayuda del celador.
, proporcionando así una atención integral a estos pacientes, ya que su cuidado y comodidad serán claves para favorecer su sana recuperación. Siempre mantendrán una actitud de ayuda y cooperación hacia el personal médico y de enfermería, trabajarán en armonía con ellos y mantendrán una actitud compasiva hacia los pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos, Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social;
2010. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf
2. Navarro JM, Perales R (coord). Guía práctica de Enfermería en el Paciente Crítico. 2ª Ed. Conselleria de Sanitat; 2012.

3. Hernández J, Díaz M, Sánchez J. Guía de intervención rápida de Enfermería en cuidados intensivos. Madrid: DAE; 2011.
4. https://www.medintensiva.org/
5. Medline Plus,
6. https://www.discapnet.es,
7. https://www.medintensiva.org/https://www.revista-portalesmedicos.com/
8. https://www.revista-portalesmedicos.com/
9. https://www.mscbs.gob.es/

Capítulo 152

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS TRATAMIENTOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

SUSANA GÓMEZ MICOT

GLORIA CIFUENTES LOPEZ

NOELIA MUÑOZ GONZALEZ

RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ

MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS

1 Introducción

Aproximadamente 150.000 niños en España conviven con enfermedades potencialmente mortales y unos 18.000 mueren cada año. Los cuidados paliativos prestan atención a los pacientes y a la familia con el fin de mejorar la calidad de vida a lo largo del curso de la enfermedad mejorando los posibles síntomas, el malestar y el estrés. Estos cuidados incluyen dimensiones psicosociales y espirituales, así como una orientación a las familias. Pueden coexistir con el tratamiento y es importante desde el diagnóstico y, sobre todo, durante la enfermedad del niño.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene roles específicos en la proporción de los cuidados paliativos al lado de la cama, ya que pasa la mayor parte

del tiempo con los niños y sus familias. Estas acciones o comportamientos son dirigidos para que sus padres puedan reconocer los cuidados y así, mejorar el afrontamiento y la adaptación durante la enfermedad y el final de la vida del niño.
El personal de atención directa en los hospitales como es el caso del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ha informado que las actividades de creación del legado han ayudado a los niños a comunicarse y adaptarse; y a los miembros de la familia a hacer frente, comunicar y continuar los lazos en el caso de la muerte del niño.

2 Objetivos

Identificar cómo puede contribuir el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como proveedor de atención médica en la mejora de la vida y la disminución del sufrimiento de los niños y sus familias.

3 Metodología

Para la elaboración de esta investigación se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y recursos electrónicos como Pubmed, MeSH, Medline, BVS, LILACS, Biblioteca Cochrane y SciELO. Se utilizaron descriptores como Infant, Newborn, Nursing Care, Pediatric Palliative. Tras revisar que los artículos seleccionados cumpliesen con los criterios de selección: la implicación de los Técnicos de Cuidados de Enfermería en los cuidados paliativos pediátricos, se han incluido finalmente en este estudio 4 artículos.

4 Resultados

La literatura evidencia que la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayuda a identificar las necesidades, a planificar, ejecutar y valorar los planes de cuidados paliativos de los niños; explorando las creencias, culturas y valores del paciente y su familia. De esta forma, se demostró una mayor relación de confianza entre el personal y el niño, en cuanto a poder contarle cualquier cosa. Se probó con esta relación, una disminución significativa en el manejo del miedo y el sufrimiento del niño, por lo que está por venir y dejar a sus seres queridos.

En un estudio realizado con niños de entre 7-17 años con cáncer de mal pronóstico y con sus padres como cuidadores, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería llevó a cabo una intervención sin precedente en este grupo poblacional, que estaba centrada en las características personales del niño (nombre, género, apariencia, rasgos personales), en las actividades que les gustaba a hacer (intereses) y en la conexión con los demás (decir a los miembros de la familia cuánto los quieren). Después de probar por primera vez esta intervención basada en un formato facial con 28 niños y 15 padres, se pudo constatar gráficos digitales sobre ellos mismos, con un camarógrafo y donde debían responder a las preguntas sobre ellos mismos; hacer fotografías/vídeos; y escuchar música. Esta intervención identificada de interés por estos niños, mostró una fuerte promesa en la mejora de los resultados de adaptación y afrontamiento del niño y sus padres en los cuidados paliativos.

Se identifica en numerosos estudios que, la mayoría de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería no reciben capacitación para participar en discusiones sobre cuidados paliativos pediátricos con pacientes y familias; contribuyendo así, a la exclusión de las conversaciones que los médicos entablan con las familias sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente. Sin embargo, diversas investigaciones han demostrado que la esperanza de los padres aumentó significativamente cuando los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, como proveedores de cuidados paliativos pediátricos, ofrecieron información sobre los cuidados del niño con ese mal pronóstico.

Se estudian las habilidades comunicativas entre diferentes profesionales de atención directa en los servicios de cuidados paliativos pediátricos, demostrando que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería posee una asociación con la satisfacción de los padres en cuanto a su relación comunicativa. Se describieron las directrices para que esto fuese así, llegando a concluir en los estudios llevados a cabo, que este perfil profesional reconoce la importancia de las relaciones de confianza y la necesidad de tener cuidado al considerar las mejores formas de escuchar unos a otros y compartir información y sentimientos.

En un estudio se incluyó al técnico en cuidados auxiliares de enfermería como personal clave en el "Kit de inicio pediátrico" para ayudar a los padres de niños gravemente enfermos que deseaban orientación sobre cómo conversar con sus hijos. Su procedimiento de actuación se centró en: (I) configurar la conversación; (II) evaluar las percepciones del paciente; (III) obtener la invitación del paciente; (IV) dar conocimiento e información al paciente; (V) dirigir las emociones del paciente con empatía y respuesta. Con el seguimiento de estos pasos, se intentó enseñar a los padres a prestar especial atención a la comunicación no verbal, así

como a las palabras habladas.
La formación profesional del técnico en cuidados auxiliares de enfermería fue necesario para satisfacer las necesidades de cuidados paliativos de los niños con afecciones potencialmente mortales y sus familias. Esta capacitación permitió que este profesional llevará a cabo conversaciones mucho antes de que el niño recibiera los cuidados para el final de la vida. Con estas conversaciones, pretendía establecer un acuerdo con los miembros de la familia sobre una comunicación abierta; interactuar con el niño en un momento oportuno, como un nuevo diagnóstico, cambios de comportamiento o un cambio en el pronóstico; explorar lo que el niño ya sabía o lo que él quiere saber; empatizar con las reacciones del niño, dejando libre las expresiones de preocupación; y, animar al niño a través de su presencia.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería contribuye en los cuidados paliativos pediátricos prestando unas adecuadas habilidades de comunicación que proporcionan beneficios en cuanto a la continuidad de la atención, una relación terapéutica con el niño y los padres y la obtención de mejores resultados en el afrontamiento del miedo y el sufrimiento; llegando a considerar las intervenciones de comunicación realizadas por este profesional, como muy necesarias en los cuidados paliativos pediátricos tempranos.
Las tensiones emocionales que experimentan los padres al tener que tomar decisiones sobre los cuidados de los niños, disminuyeron significativamente con el modelado de los cuidados prestados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
Se necesita más investigación sobre cómo puede contribuir el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados paliativos pediátricos, para mejorar la vida y disminuir el sufrimiento de estos niños vulnerables y sus familias que tienen un alto riesgo de sufrir un amplio espectro de consecuencias. También se necesitan estudios que incluyan diagnósticos distintos de cáncer y que estudien las relaciones interdisciplinares.

6 Bibliografía

1. Foster Akard, T., Hendricks-Ferguson V.L., Gilmer, M.J. Pediatric palliative care nursing. Ann Palliat Med. 2019 Feb; 8: 39-48.
2. Weaver, M.S., Heinze, K.E., Kelly, K.P., et al. Palliative Care as s Standard of

Care in Pediatric Oncology. Pediatr Blood Cancer. 2015 Dec; 62(5): 829-833.
3. Resende, A.D., Sousa, S.E., Faria da Silva, L., Paiva, E.D. Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2019 Apr; 72(2): 531-540.
4. Spruit, J.L., Prince-Paul, M. Palliative care services in pediatric oncology. Ann Palliat Med. 2019 Feb; 8(1): 49-57.

Capítulo 153

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) FRENTE A LAS ENFERMEDADES HOSPITALARIAS

GLORIA CIFUENTES LOPEZ

NOELIA MUÑOZ GONZALEZ

RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ

MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS

SUSANA GÓMEZ MICOT

1 Introducción

Infección asociada a la atención de la salud (HAI), también conocida como infección, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ”Adquirido en el hospital” o ”adquirido en el hospital” se refiere a una infección adquirida por un paciente durante una estadía en un hospital u otro centro de atención médica y el paciente no estaba infectado o estaba en el período de incubación en el momento de la admisión. Las infecciones que se desarrollan dentro de las 48 horas posteriores a la admisión generalmente se consideran nosocomiales (aunque no todas lo son). Teniendo en cuenta el alto coste económico, afecta al 5% de los pacientes y provoca una elevada morbimortalidad. Las principales

causas de infección están relacionadas con el sistema de salud y están asociadas a procedimientos invasivos, siendo las más comunes bacteriemias respiratorias, quirúrgicas, del tracto urinario y de catéteres vasculares. Se ha demostrado que el uso de listas de verificación y conjuntos de medidas ayuda a prevenir estas infecciones. La vigilancia epidemiológica, entendida como la recopilación de información para la acción, es la base de los planes de control de infecciones. Han evolucionado desde la vigilancia global de infecciones nosocomiales a la vigilancia de procesos relacionados con la prevención e indicadores (incidencia) de infecciones nosocomiales. Una comparación de estos indicadores puede ayudar a formular medidas preventivas.

2 Objetivos

Explicar e indicar los problemas de las enfermedades nosocomiales y circunstancias propias de la misma en los pacientes de los centros sanitarios

3 Metodología

Se hace una revisión bibliográfica en páginas como Cochrane, Scielo, Medline, y Pubmed, se usan palabras clave como: infección nosocomial, Epine, prevención en enfermedades nosocomiales, Cuidados Auxiliares de Enfermería ante infecciones.
Los descriptores que son utilizados en la búsqueda fueron: enfermedad nosocomial, prevención, infecciones quirúrgicas, infecciones bacterianas.

4 Resultados

Sin duda, esta tasa se ha mantenido estable a lo largo de los años, lo que es un dato positivo dado el envejecimiento de la población, destacando las mejoras en el diagnóstico. Aunque se cree que el curso todavía está muy activo porque
En nuestro país, 8 de cada 100 pacientes hospitalizados se contagiarán en el propio centro. La llamada infección nosocomial es una complicación que se puede definir como equivalente a la medicina moderna. Varios factores contribuyen a su aparición: personas con sistemas inmunitarios debilitados que se someten a pruebas o tratamientos invasivos, prácticas de atención al paciente y entornos hospitalarios que pueden promover la propagación de microbios. No olvides que el uso incorrecto de antibióticos contribuye a la resistencia bacteriana, que se

convierte en un verdadero problema. El problema es que, según un estudio sobre la incidencia de infecciones nosocomiales en España, esta cifra apenas ha variado en las últimas décadas.
(Ups). "Es una 'fotografía' que tiene lugar en un momento determinado, pero ayuda a comprender las dimensiones del problema. Esta cifra se ha mantenido relativamente estable desde 1995, cuando se obtuvieron los primeros datos disponibles en nuestro país de "José Ramón, Médico Adjunto del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico de Zaragoza y Secretario de Prensa de la Sociedad Española de Infectología y Medicina Clínica". Microbiología José Ramón Panjo
(Simke). Actualmente, la mayoría de las operaciones menores se realizan de forma ambulatoria con pacientes hospitalizados, cuando es prácticamente imposible atender a los pacientes fuera del hospital. La edad media de la población también ha crecido significativamente. Por otra parte, el tremendo desarrollo de la microbiología clínica
España ha producido muchas infecciones previamente no diagnosticadas e indocumentadas que ahora se están descubriendo, aumentando la tasa notificada. En un ambiente de trabajo y comunicación que permita aplicar los logros y métodos desarrollados a diversas patologías en menor tiempo, los objetivos serán:
1. Desarrollo de tecnologías de diagnóstico molecular
2. Desarrollo de nuevos adyuvantes de inmunoterapia que proporcionen nuevas vías de administración
3. Explore la fisiopatología de algunas de las enfermedades más comunes.
4. Elaboración de estudios epidemiológicos adecuados a nuestro medio
5. Desarrollar modelos animales para estudiar tanto el análisis genético como la eficacia y seguridad de la inmunoterapia
6. Facilitar el desarrollo de ensayos clínicos por parte de investigadores de la industria
7. Proporcionar a los países en desarrollo diagnósticos y tratamientos de bajo costo para controlar las zoonosis y desarrollar estrategias de prevención primaria de bajo costo (inmunoterapia de reservorio)
8. Proporcionar conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento de enfermedades zoonóticas a trabajadores de la salud en regiones pobres.
9. Desarrollo de agentes de control de infecciones nosocomiales
10. Crear un biobanco de muestras de estas enfermedades
11. Capacitación del personal de salud (clínicos, investigadores, técnicos, personal de enfermería) en el uso de métodos de diagnóstico molecular, inmunoterapia e investigación clínica.

12 Promover el intercambio de nuestros investigadores con centros nacionales e internacionales. Al implementar tales medidas, la pregunta es cómo calcular la tasa de infección para cada centro. Porque aunque hay Epine hoy en día, no es suficiente, en realidad puede haber diferencias importantes entre los centros. Uno de los factores que determina la frecuencia de contagios es la complejidad del hospital y las intervenciones que en él se desarrollan. Por este motivo, la incidencia de infecciones nosocomiales no puede ser mayor en un centro en el que se planifique una cirugía sencilla que en otro centro de referencia en el que se realice una cirugía compleja, como el trasplante o la cirugía tumoral. El riesgo de infección nosocomial también está influenciado por el perfil de la población atendida. Este tipo de incentivos y castigos inciden positivamente en poner este tema en la agenda del equipo directivo, y es muy necesario algo que no ha sucedido hasta la fecha para darle importancia. No obstante, es muy importante tener mucho cuidado a la hora de elegir los indicadores y las metas a alcanzar, porque las tasas de infección hospitalaria dependen de muchos factores y debemos asegurarnos de que no solo se tiene en cuenta el número total, sino también la situación de cada uno. centro. . para no perjudicar a quienes corren mayor riesgo de ejecución del programa o a quienes atienden a los grupos más vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

La frecuencia de infecciones nosocomiales se mantuvo constante entre 2008 y 2016, representando el 8% de todos los pacientes hospitalizados. Una tasa de mortalidad de pacientes del 20% y un impacto económico anual de 1.000 millones de euros convierten a las infecciones nosocomiales en un grave problema para el sistema sanitario español. La extensión de las infecciones nosocomiales en España y Estados Unidos fue similar en términos de prevalencia, morbilidad, mortalidad e impacto económico. En el lado positivo, en 1834 España estaba a la par de potencias mundiales como Estados Unidos en el tratamiento del problema de las infecciones nosocomiales. Los factores de riesgo externos determinan el desarrollo de algunas infecciones nosocomiales, la mayoría de las cuales son infecciones respiratorias, urinarias, quirúrgicas y bacteriémicas. La prevención de infecciones nosocomiales es un trabajo en equipo y debemos hacerlo en todos los hospitales. Por lo tanto, se debe fomentar el establecimiento de equipos de vigilancia para la prevención y el control estricto de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IRAS), y es importante que los médicos multiespecialistas participen activamente en estos equipos.
(medicina preventiva, microbiología, epidemiología, unidad de cuidados inten-

sivos) para enfermeros con experiencia, conocimiento y liderazgo en este campo El área podrá reducir la infección. Es importante integrar las IRAS y la prevención de las IRAS en una cultura hospitalaria de seguridad y excelencia que alcance a todos los profesionales independientemente de su rango.

6 Bibliografía

Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2012. -Informe EPINEEPPS 1990-2015; 2014; 2015; 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) -Mette Koch A, Nilsen Miodini R, Merete Eriksen H, Jane Cox R, Harthug S. Mortality related to hospital-associated infections in a tertiary hospital; repeated cross-sectional studies between 2004-2011. Antimicrob Resist Infect Control. 2015; 4:57. - Asensio A, Monge D. Epidemiología de la infección por Clostridium difficile en España. Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica. Junio-julio 2012; 30(6):333-337. - ENVIN-UCI Informe 2008. Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias (SEMICYUC) - Bajo JA, Bajo JM, Lailla JM. (2007) Vigilancia de la infección nosocomial, indicador de calidad. Capítulo 12. 2007 (7). -Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P.Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med Intensiva. 2010; 34(4):256–267. - Iñigo J, Sendra JM, Díaz R, Bouza C, Sarría- Santamera A. Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid. Estudio de altas hospitalarias. Medicina Intensiva vol.30:5 jun/jul. 2006. -Gasto de la infección nosocomial o como mejorar la calidad: un programa dirigido a clínicos y gestores. Enerojulio 2013. EIDON nº 39:68-75. -Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections That Are Reasonably Preventable and the Related Mortality and Costs. 2011 Feb; 32(2):101-14

Capítulo 154

EN QUÉ CONSISTEN LAS URGENCIAS SANITARIAS. EXPOSICIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO

MIRELLA LLAMAS BARRASA

CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA

BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

TANIA SANTOS MORCILLO

1 Introducción

La definición y descripción de urgencia sanitaria por la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos la refiere como la aparición fortuita e imprevista o inesperada en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la consciencia de una necesidad inminente de atención por parte el sujeto que lo sufre o de su familia. El trabajo de urgencias es un trabajo de equipo, perfecta y correctamente coordinado, donde cada profesional del equipo conoce cuáles son sus cometidos.

El Técnico en Cuidados de Enfermería, junto con el profesional enfermero y el facultativo forma el equipo sanitario que, atiende al paciente hasta el momento

de su alta o del traslado de la unidad a la planta de hospitalización. Con el auxilio en la mayoría de las ocasiones de profesional de celadores. Por regla general es la primera persona que recibe al paciente en urgencias, una vez admitido y efectuado el triaje. Se le deberá de identificar y acomodar, ayudándole si precisa de vestirse o desvestirse tanto en el momento del ingreso como en el momento del alta, suministrándole todo lo preciso y preservando en todo momento su intimidad.
Las competencias del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería son muchas y muy variadas a la par que diversas dependiendo del unidad donde se realice sus competencias dentro de las urgencias, por ello el unidad de urgencias, es de seguro, el unidad donde casi todos los cometidos se efectúan, es un zona donde se va a estar en contacto con todas pacientes de todas las patologías y edades, y donde tendrá la oportunidad de poder usar, todos los conocimientos aprendidos.

2 Objetivos

- Promover la importancia del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias.
- Ver el papel que cumple en sus competencias como Técnico en cuidados de enfermería en urgencias hospitalarias

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, para ello se han consultado diferente bibliografía.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, lectura de protocolos de hospitales, así como guías básicas para Técnicos en cuidados de enfermería. Se ha efectuado 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 Técnico en cuidados de enfermería deberá colaborar con otros profesionales sanitarios, preparara al paciente antes de la exploración requerida por los facultativos, ayudándole en sus necesidades que el n o pueda por el mismo, mantendrá

, repondrá y revisara los boxes y el material del aparataje y carro de paradas, limpiara y mantendrá el material, instrumental y aparatos en correctas condiciones para su uso, tramitara las pruebas y solicitudes , recogerá muestras para estudios, radiografías, etc. informara al paciente y familiares sobre la normativa del centro y la unidad en la que esta ingresado, colocara la pulsera identificativa a los pacientes, en el caso de su ingreso en hospitalización y controlara su ubicación de box o cama en el unidad de urgencias.
El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, deberá estar totalmente implicado y correctamente preparado para pasar a la acción, en conjunto con el todo el equipo ante cualquier incidencia o complicación que pueda darse. Es primordial, por su estrecho contacto con el paciente, que el Técnico en cuidados de enfermería sea un profesional que pueda, transmitir siempre en la medida de lo posible tranquilidad y confianza al paciente. Una buena atención en la relación y la asistencia del Técnico en cuidados de enfermería hacia paciente llevará a una mejor humanización en el unidad.
El Técnico en cuidados de enfermería, deberá saber actuar ante cualquier incidencia o situación, que se presente ser conocedor de los protocolos y de las técnicas de múltiples especialidades y debe trabajar en una continua comunicación con el resto del equipo. También deberá saber la priorización en sus tareas dependiendo de las necesidades de los pacientes y del unidad.
El paciente es atendido por el facultativo que tras una anamnesis y exploración física y así llegar a un diagnóstico o saber que pruebas por protocolo se le efectuaran o también pruebas complementarias que lleven a la confirmación.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desarrolla su trabajo en la unidad de urgencias debe tener la capacidad de efectuar las competencias con la mayor profesionalidad y serenidad posible , siendo capaz de transmitir al paciente la confianza y tranquilidad precisa, ya que a esta unidad de urgencias los pacientes pueden llegar por diversos motivos patológicos y de diferentes formas de acceso pero debemos ser conscientes que para ellos esta situación es muy estresante y traen miedo e intranquilidad.
En todas las unidades de urgencias hospitalarias, existe un sistema de clasificación de pacientes, para poder saber las prioridades a la hora de la asistencia al paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.who.int/emergencies/es/
2. Miret C., Martínez Larrea A.. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2022 Ago 27] ; 33(Suppl 1): 193-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200019&lng=es.
3. https://www.apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com.
4. Tomás S., Gimena I.. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2022 Ago 27] ; 33(Suppl 1): 131-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015&lng=es.
5. https://wwwauxiliarenfermeria.es.
6. Dal Pai, Daiane y Lautert, LianaWork under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2008, v. 16, n. 3 [Accedido 27 Agosto 2022] , pp. 439-444. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300017>.
Epub 30 Jul 2008. ISSN 1518-8345. https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300017.

Capítulo 155

TIPOLOGÍAS DE MASCARILLAS MUESTRA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIRELLA LLAMAS BARRASA

MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO

CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA

BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

TANIA SANTOS MORCILLO

1 Introducción

Existen muchas tipologías de mascarillas en el actual mercado, pero para poder diferenciarlas en cuanto a su nivel de eficacia y colocación las distinguiremos a través de este articulo
Puede ser rectangular, estás serán con cintas o borde elástico o en manera de concha.
La mascarilla rectangular se coge por su cinta superior o por las laterales. Se ubica sobre el puente de la nariz y se atan las cintas superiores en la parte alta de la cara posterior de la cabeza, de manera que los nudos queden por encima de las orejas. Si se llevan gafas, se ajusta el borde superior por debajo de las mismas

para evitar que se empañen. La parte inferior de la mascarilla debe quedar por debajo de la barbilla, atando las cintas inferiores sobre la nuca.
Si durante la actividad prolongada se humedece la mascarilla (30-60 minutos), la enfermera circulante debe ubicar otra por encima de la anterior. No debe tocarse mientras esta se se lleve puesta.
Al quitarse la mascarilla, hay que desecharla inmediatamente, nunca se dejará colgando del cuello, ni guardarse en el bolsillo, ni volvérsela a poner. Debe cambiarse entre intervenciones, cada vez que se moje y siempre que se salga de la zona quirúrgica.
Se debe manejar una mascarilla por intervención quirúrgica.
Las mejores son las quirúrgicas ya que son de mayor eficacia que las de algodón o papel.

2 Objetivos

- Detallar la tipología de mascarilla quirúrgica, de higiene, cubrebocas o tapaboca
- Describir la Mascarilla de protección o respirador y su clasificación.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, para ello se han consultado diferente bibliografía.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, lectura de protocolos de hospitales, así como guías básicas para Técnicos en cuidados de enfermería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Nos podemos encontrar con dos tipologías de mascarillas, las cuales detallaremos a continuación y que son:
1. Mascarilla quirúrgica, de higiene, cubrebocas o tapaboca. Este tipología va a evitar la transmisión de agentes infecciosos que están presentes en la boca, nariz o garganta) por la proyección de gotitas de saliva o de secreciones de vías aéreas

por parte del profesional sanitario. Esta modalidad impedirá el paso de partículas de dentro hacia afuera.
Las mascarillas quirúrgicas se pueden clasificar en las tipologías I y II según sea el nivel de eficacia de la filtración bacteriana, expresada en %.
• Tipología I. Eficacia de filtración bacteriana ≥ 95 %.
• Tipología II. Eficacia de filtración bacteriana ≥ 98 %.
Se añade la sigla R si las mascarillas son resistentes a salpicaduras (I; IR; II; IIR).
2. Mascarilla de protección o respirador. Su finalidad es proteger al usuario frente a la inhalación de contaminantes ambientales, impidiendo el paso de partículas de fuera hacia adentro.
El elementode protección de la mascarilla se clasifica en FFP1, FFP2 o FFP3 (de menor a mayor protección). Se identifican por el color de la goma de ajuste.
• FFP3. >98 %.
• FFP2. >92 %.
• FFP1. >78 %.
La selección del factor elemento de protección está en función de la toxicidad o peligrosidad del contaminante, de la concentración ambiental y del tiempo de exposición. En caso de microorganismos se debe tener en cuenta además la epidemiología y facilidad de tratamiento de la enfermedad. Así en casos de tuberculosis se recomienda máxima protección (FFP2 o FFP3). Existen mascarillas específicas para aislamiento respiratorio en el medio sanitario, con manera de "pico de pato". Pueden incorporar válvula de exhalación que consiente que el aire escape de la mascarilla, evitando la acumulación de calor en el interior.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que la mascarilla quirúrgica o de higiene es de un solo uso, desechable, que se ubica delante de la boca y nariz, para actuar como filtro del aire exhalado, por ser este aire muy rico en microorganismos que se depositan en la cara interna de la mascarilla y evita que se difundan en el aire y ser posible contaminación para el paciente.
La mascarilla al ubicarla se debe adaptar a la faz de la cara y de la nariz, sin que queden huecos para que se escape el aire exhalado. Si la persona lleva barba, esta debe ser cubierta totalmente. Son de un solo uso, para una sola intervención. Se debe ubicar antes de efectuar el lavado quirúrgico de las manos.

6 Bibliografía

1. Márquez Peiró JF, Gaspar Carreño M, García Cases S, Achau Muñoz R. Mascarillas: producto imprescindible en la pandemia COVID-19. Rev. OFIL·ILAPHAR [Internet]. 2020 Sep [citado 2022 Ago 27] ; 30(3): 189-191. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000300189&lng=es.
Epub 05-Abr-2021. https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000300007.
2. https://www.h50.es/tiopología-de-mascarillas-para-el-coronavirus-y-modo-de-uso/
3. Aguilar-Gamboa Franklin Rómulo, Suclupe-Campos Danny Omar. Utilidad y uso masivo de mascarillas frente a virus respiratorios: a propósito de la COVID-19. AMC [Internet]. 2021 Dic [citado 2022 Ago 27] ; 25(6): e8262. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000600015&lng=es.
Epub 01-Dic-2021.
4. https://aprenderly.com/doc/1928603/protecci%C3%B3n-respiratoria
5. Chavez-Ruiz, Manuel et al. Metodología para evaluar el nivel de protección respiratoria de mascarillas y respiradores ante partículas similares a las que transmiten el SARS-CoV-2. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]. 2021, v. 38, n. 3 [Accedido 27 Agosto 2022] , pp. 391-398. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.8036>.
Epub 20 Dic 2021. ISSN 1726-4642. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.8036.

Capítulo 156

MODO DE COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES DEFINIDO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA

MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO

MIRELLA LLAMAS BARRASA

BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

TANIA SANTOS MORCILLO

1 Introducción

Los guantes junto con el lavado de manos son la barrera más esencial para luchar contra la infección hospitalaria. O a la hora de un pinchazo a través de un guante el uso de este reduce el volumen de sangre transferido, al menos en un 50 %.
Debe evitarse el uso prolongado de los guantes, ya que se provoca sudoración y maceración de la piel, pudiendo provocar lesiones. La Academia Española de Dermatología aconseja el uso de guantes sintéticos (vinilo o nitrilo) o de látex natural sin polvo y bajo en alérgenos.
Cuando se realicen técnicas invasivas que entrañen alto riesgo de infección por punción o corte se aconseja utilizar doble guante, reduciéndose el riesgo de perforación a un tercio con respecto al guante simple. Se aconseja que el guante que

va en contacto con la piel sea de una talla mayor que la del segundo guante ya que esto permite mantener un mayor sentido del tacto.
Para mantener la integridad del guante se aconseja no almacenarlos a altas temperaturas ni en presencia de radiaciones, evitar el uso de cremas de base hidrocarbonada u oleica (incompatibles con el látex) y no reutilizarlos cunando estén indicados para un solo uso.
En caso de rotura de los guantes, durante la operación, se aconseja nuevo lavado de manos antes de la colocación de otro par de guantes.

2 Objetivos

Describir con detalles tres técnicas de colocación de guantes estériles.
- Detallar como colocar los guantes uno mismo. Técnica abierta.
- Exponer cómo colocar los guantes uno mismo. Técnica cerrada.
- Explicar como colocar los guantes a otro miembro del equipo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, para ello se han consultado diferente bibliografía.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, lectura de métodos de hospitales, así como guías básicas para Técnicos en cuidados de enfermería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los guantes estériles se empaquetan con un doblez de unos 5 cm. y con las palmas de las manos mirando hacia arriba cuando se abre el paquete.
1. Cómo colocarse los guantes uno mismo. Técnica abierta.
Suele manejarse cuando sólo las manos requieren estar cubiertas (cateterización, sondaje, etc). Asimismo se utiliza cuando un guante se contamina y debe ser cambiado.
Con una mano se toma el guante por los dobleces (puño vuelto). No tocar el envoltorio de los guantes con la mano descubierta.

Se introducen e insertan los dedos de la mano opuesta y se desliza el guante hasta encajar la mano y dejar el doblez tal cual.
Utilizando la mano parcialmente enguantada (hasta la muñeca), deslizar los dedos por el interior del puño vuelto del guante opuesto y levantarlo del envoltorio.
Introducir la otra mano completamente dentro del guante, deslizando los dedos por el puño vuelto hasta desenrollarlo suavemente para no tocar el brazo descubierto (contaminado).
Con una mano ya enguantada, se introducen los dedos debajo del borde externo del puño del guante opuesto desenrollándolo de igual manera.
2. Cómo colocarse los guantes uno mismo. Técnica cerrada.
Esta habilidad asegura que la mano nunca se ponga en contacto con la parte externa de la bata o de los guantes.
Sin sacar las manos de dentro de las mangas de la bata, se coge un guante del envoltorio.
Se apoya la palma del guante sobre el puño de la bata con los dedos del guante apuntando hacia nosotros.
Desde dentro de la manga (desde dentro del puño) se coge el doblez del puño vuelto del guante que está apoyado sobre la parte externa del puño de la bata. Se coge firmemente. Con la otra mano, siempre por dentro del puño de la manga, se coge el puño vuelto del guante que queda hacia arriba y se desenrollá para que, dando la vuelta, cubra el puño de la manga por encima.
Se va sacando la mano desde la manga para introducirla en el guante.
Se procede con la mano opuesta siguiendo los mismos pasos.
Nunca la mano descubierta debe tocar el borde del puño de la bata o el exterior del guante.
3. Cómo colocarle los guantes a otro miembro del equipo.
Se saca el paquete interior el cual esta estéril que es el que encierra los guantes y se ubica sobre una superficie, si esta no está estéril, se debe evitar tocar con las manos.
Se despliega el paquete interno, los guantes llevan una marca si es derecho o izquierdo, se debe reconocer el guante derecho primero si es diestro y si no el izquierdo.
Se pone la palma del guante en dirección al al cirujano. Al colocar el guante derecho hay que levantar con la mano izquierda la abertura del guante, los dedos de la mano izquierda solo deben tocar el guante por la cara interna de la parte invaginada del mismo. Introducir la mano derecha.
Con el guante ya puesto en la mano derecha, se toma el guante izquierdo por el doblez del guante y se eleva la entrada para meter la mano izquierda. Finalmente

se corrige la adaptación de los guantes y conseguir una mayor comodidad.

5 Discusión-Conclusión

De la colocación correcta de los guantes en conjunto, con el lavado de manos, estos van a ser de vital importancia porque son la principal barrera y más esencial a la hora de luchar contra la infección nosocomial, en la cual si incurriera el enfermo en estas infecciones se vería seriamente afectado, de hay la prioridad de la higiene en las manos del profesional sanitario y en especial de los profesionales destinados, en las zonas de las unidades quirúrgicas y no solo ellos sino que esto es aplicable a la múltiples técnicas invasivas que realiza el resto de profesional sanitario y a las que se somete el enfermo y en las que también, será necesario el uso de guantes estériles.

6 Bibliografía

1. https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/en/informacion-general/calidad/lavado-higienico-manos
2. SANTOS ZAPPAROLI AMANDA DOS, PALUCCI MARZIALE MARIA HELENA, CARMO CRUZ ROBAZZI MARIA LUCIA DO. PRÁCTICA SEGURA DEL USO DE GUANTES EN LA PUNCIÓN VENOSA POR LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA. Cienc. enfermo [Internet]. 2006 Dic [citado 2022 Ago 27] ; 12(2): 63-72. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200008&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200008.
3. https://docer.com.ar/doc/nsv0vns
4. Pérez Carrillo Noé, García Córdova Carlos Emiliano, Ruiz Funes Molina Ana Paula, Ángeles Castellanos Alberto Manuel, Estrada Serrano Mayra, Guillén Martínez Edgar Alan et al . Importancia del uso adecuado del equipo de protección individual y la implementación de protocolos de seguridad perioperatorios durante la pandemia de COVID-19. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2020 Ago [citado 2022 Ago 27] ; 63(4): 49-59. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422020000400049&lng=es. Epub 05-Mar-2021. https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.4.07.
5. https://www.scielo.org/es/
6. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 157

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS

ELENA ALONSO SÁEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de una urgencia nos referimos a la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.
En el servicio de urgencias te puede llegar cualquier tipo de paciente con las diferentes patologías o enfermedades que existen. Esto puede derivar en una situación muy estresante pata el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que debe de tener amplios conocimientos de cualquier tipo de patología o enfermedad con la que el paciente pueda llegar a urgencias en un momento crítico en su vida. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de tener la suficiente tranquilidad como para enfrentarse a este tipo de situaciones.
El TCAE en este servicio realizara diferentes tareas, siempre bajo las ordenes del médico y los enfermeros.
Dentro de la unidad de urgencias a cada paciente que llega se le realizará una primera observación para poder clasificar cuál es el grado de prioridad asistencial que necesita. A este proceso se le denominó triage y existen diferentes modelos, aunque en España los más utilizados son la MTS y el SET.

2 Objetivos

En este capítulo, el principal interés será enumerar las distintas funciones que deberá llevar a cabo el TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda a través de distintas plataformas online y revistas científicas.
Los decriptores utilizados en la búsqueda son los siguientes: urgencias, conocimientos básicos en urgencias, triage y funciones del TCAE.

4 Resultados

En este tipo de servicios es muy importante que todo el equipo interdisciplinar este bien coordinado para que todo salga bien y sin problemas. Es de vital importancia tener un buen equipo y dentro de éste la figura de TCAE también es muy importante. Todos deben de trabajar al unísono y estar bien compenetrados y sabiendo cuáles son las funciones que cada uno tiene que realizar realizar.
Ya que es un servicio en el que nos puede llegar cualquier urgencia, el personal debe de tener una formación más desarrollada y específica que en otras unidades. El personal de esta unidad también debe de contar con gran serenidad, confianza, capacidad para trabajar en equipo y seriedad. En los últimos años el servicio de urgencias recibe muchísimas demandas, con lo cual debe de existir un programa en el que se pueda clasificar a cada tipo de urgencia según la preferencia de su patología. A este proceso se le denominó triage.
Actualmente se reconocen cinco modelos de triage:
1. La Australian Triage Scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
3. El Manchester Triage System (MTS)
4. El Emergency Severit Index (ESI)
5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrá de Triatge: MAT
Los más utilizados en España son la MTS y el SET.
Las principales funciones del TCAE dentro del servicio de urgencias serán las siguientes:
- Ayudar a la inmovilización y transporte del paciente.
- Ayudar a vestir y desvestir al paciente.

- Se recogerá la ropa con la que el paciente llega a urgencias y se guardara en una bolsa blanca con una etiqueta identificativa.
- Ayudar al paciente en todo lo relacionado con la alimentación, administración de medicamentos por vía oral, rectal, tópica… nunca se llevara a cabo la administración por vía parenteral, esa la lleva a cabo la enfermera.
- Supervisión y control de los Boxes.
- Se comprobará que el carro de paradas este preparado por si llega una urgencia.
- Limpieza y reposición del carro de curas.
- Cuidado, limpieza y mantenimiento del material, instrumental, aparatos clínicos, etc.
- Todos los boxes deben de estar bien dotados de la medicación necesaria, material sanitario, etc.
- Colaborar con la DUE en el plan de cuidados del paciente.
- Etc.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del servicio de urgencias el TCAE llevará a cabo diversas funciones. Ya que nos puede llegar cualquier tipo de urgencia con la que no esperamos es muy importante que todo el equipo trabaje de manera conjunta y con una amplia serenidad y seriedad para poder desarrollar cada uno sus funciones de la mejor manera y forma posible.
Todos los pacientes que lleguen a urgencias tienen que ser valorados en el triage para darle a cada uno la preferencia que necesita. No es lo mismo que nos llegue a urgencias un paciente con un dolor lumbar a que nos llegue por ejemplo, un paciente con diferentes politraumatismos.

6 Bibliografía

Severiche Rivera, L., Collantes Peñaranda, M. C., Mora Merchán, M. A., & Ramírez
Rondón, F. A. (2018). Manual de funciones para el Centro Regulador De Urgencias, Emergencias Y Desastres del municipio de Barrancabermeja 2017.
Suárez Agudelo, R. D. (2009). La atención en urgencias una mirada desde el primer nivel de atención.
Mir, M. M. (2008). Normas de actuación en urgencias. Ed. Médica Panamericana.
Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias. Medicina interna de México,22(4), 310-316.

Capítulo 158

PLANTA DE GERIATRÍA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO

CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA

ALMUDENA MOYA SANCHEZ

MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ

ROSA MARÍA JAREÑO DAZA

1 Introducción

Los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en estas actividades y tareas profesionales que desarrolla la especialidad de geriatría (Estudio de la ancianidad comprende la fisiología, la patología el diagnóstico el tratamiento de la enfermedad y de los ancianos) son muy importantes para el desarrollo de una asistencia de calidad.
Todas las actividades deben estar adaptadas a las necesidades y la atención que necesitan estos pacientes por sus necesidades particulares, para ello, necesitamos una valoración integral, mediante una valoración física, una valoración funcional, una valoración mental y una valoración social, todo ello determinará la cantidad

y el modo de la intervención que se efectuará ,tanto por parte del equipo médico como parte del equipo de enfermería.
Las herramientas que utilizaremos será la aplicación del PAE (es el método de enfermería que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática) y según el modelo de las necesidades de Virginia Henderson (o el que se emplee en el servicio asistencial sanitario y estableceremos los cuidados pertinentes, orientándonos en el mantenimiento del nivel de salud y la autonomía personal como la prevención de enfermedades, las complicaciones y otros trastornos que puedan aparecer en el proceso de la vejez (no solo se define por cronológico sino más bien por condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud.

2 Objetivos

Indicar y determinar las intervenciones asistenciales para mantener la autonomía del paciente anciano y garantizar una asistencia adecuado a sus necesidades.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación, una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica. Se ha realizado una búsqueda continuada de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, y seleccionando artículos sanitarios.

4 Resultados

El TCAE tiene debe de seguir una serie de procedimientos:
Procedimiento de higiene: se aplicará a la piel, la zona perineal con genitales, la boca, las prótesis dentales, los ojos como los oídos el pelo, los pies, además es necesaria la higiene de la cama, ya que en ocasiones los ancianos tienen que permanecer en cama durante periodos largos, aquí también se incluyen los masajes y principalmente en pies y espalda.
Procedimientos de movilización y cambios posturales están dirigidos a evitar las úlceras por presión y a mantener la autonomía y la funcionalidad, sin embargo ante estados de agitación y confusión y auto y heteroagresividad puede emplearse siempre bajo orden del médico sistemas de contención abdominal, cinturones, chalecos, etc.; o de extremidades, cintas de muñecas o tobillos.

Procedimientos de alimentación y nutrición: están destinados a administrar las comidas y a entender las dificultades de deglución provocadas por la pérdida de piezas dentales. en ocasiones la alimentación se efectuará a través de una sonda nasogástrica, mediante jeringuillas o bombas de infusión y en otras, se realizará la alimentación parenteral, cuando el anciano pueda comer solo lo harás sin prisa y se le animará para que aumente su nivel de independencia, se cuidara la hidratación.
Procedimiento de eliminación: hay que observar las frecuencias de deposiciones, participar en la atención general del paciente si padece diarrea o estreñimiento. Fecalomas, administrar enemas y recogidas desde cuándo se precisen.
En cuanto a la eliminación urinaria, el TCAE participa en los cuidados y en la educación del paciente de incontinencia, intervendrá en la creación de un ambiente adecuado en el entorno a este problema, para ello, adecuar la seguridad en el acceso, reducida la ingestión de líquido por la tarde y colocar la cuña y lo acompañara al inodoro.
Además colaborarán el procedimiento de sondaje y en la colaboración de dispositivos externos de recogida de orina, (braga antiincontinencia, compresa higiénicas femeninas y masculinas, pañales para adultos, catéter de condón, funda antigoteo, etc.
Procedimiento designación de oxigenación y circulación :participará en procedimientos de toma de constantes vitales, su registro correspondiente ,de educación de respiración, de su uso de espirómetro de incentivo ,de administración de oxigenoterapia, educación de prevención de trombosis y rehabilitación del paciente con accidentes cerebrovasculares.
Procedimiento respecto al descanso y al sueño: el TCAE al observar las horas y características del sueño o otros periodos de descanso, eliminación de factores ambientales que se puedan producir de insomnio colaborará en el tratamiento y el control del dolor, animarlo a realizar actividad física durante el día y respetar a los rituales propios para acostarse.
Procedimiento para evitar el dolor: el TCAE colaborará en la disminución de la ansiedad del paciente ante el dolor ,utilizando la ducha, la observación, la distracción ,la relajación e incluso la aplicación de masajes, y ayudar a la administración de analgésicos orales.
Procedimientos que regulan la temperatura: recoger anotar estas constantes vitales, realiza las actividades necesarias para controlar la temperatura, desabrigar, agregar, poner gasas frías, baños templados o bolsas de hielo y colaborará con la administración de los fármacos.
Procedimiento respecto a la actividad: ayudar a satisfacer está necesidad, es383

cuchando la preferencia del anciano para ocupar su tiempo libre facilitará su realización y en ocasiones lo acompañara.
Procedimiento de apoyo psicológico: estos procedimientos están orientados a la esfera física del paciente para aumentar el bienestar y su calidad, hay que considerar también el apoyo psicológico que ayude a la resolución de los problemas psicosociales, que se plantean en el anciano.
Los cuidados del anciano suponen una adaptación o cambio en la actitud del personal de enfermería una adaptación orientada a aplicar los cuidados de calidad enfocados a mantener la satisfacción y el bienestar en el paciente y asistir en el proceso de una el proceso de una buena muerte si fuera el caso.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del ciclo vital del ser humano pasa por distintas etapas y la vida tiene un proceso natural y biológico que todos pasaremos por ello, por tanto. La TCAE tiene que tener una actitud con respecto a las personas ancianas en la cual desarrolle una capacidad empática, una comprensión sin valores y sin juicios, una mayor capacidad de detección precoz de las necesidades y las alteraciones de ellos, una mayor disponibilidad de tiempo en los cuidados que permite que el anciano responda adecuadamente y pueda percibir y procesar la información, una capacidad y serenidad para favorecer su independencia y autonomía, más capacidad de acompañamiento sincero y humano utilizando silencios, el contacto de la comunicación, etc.; evitar los estereotipos sobre la vejez.

6 Bibliografía

1. Programa manual de pdf. http//ww.cuidadores.unir.net.
2. Manual de buenas practicas para mayores em residencias www. mensajeros-delapazmurcia.es.
3. Manual de cuidados generales para el adulto mayor. http://www.fiapan.org
libro auxiliar de enfermería McGraw Hill

Capítulo 159

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE DIABÉTICO

ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO

CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA

ALMUDENA MOYA SANCHEZ

MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ

ROSA MARÍA JAREÑO DAZA

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad causada por un exceso de azúcar o glucosa en la sangre, que puede causar graves consecuencias como el coma diabético, complicaciones cardiovasculares, renales, oculares, cerebrales y en las piernas. La atención de enfermería a los diabéticos no se limita a la parte clínica. La empatía del facilitador de enfermería también es importante, e incluso pedagógica, para ayudar a las personas con uno u otro tipo de diabetes a manejar mejor su enfermedad y así tener una mejor calidad de vida. En los pacientes con diabetes es importante controlar la hiperglucemia o los niveles altos de glucosa para evitar complicaciones por un mal control de la enfermedad, que puede derivar en ceguera, daño renal, daño nervioso o pie diabético. El objetivo principal del tratamiento es prevenir

las descompensaciones agudas y las complicaciones para reducir la morbimortalidad, mejorar la calidad de vida, gracias a un excelente control glucémico y de los factores de riesgo vascular. Teniendo en cuenta el riesgo de hipoglucemia en pacientes mayores, es importante evaluarlo. riesgo cada dos o tres meses. El trabajo diario de un tecnico auxiliar de enfermermeria es fundamental para garantizar una atención eficaz a los pacientes con esta enfermedad crónica.

2 Objetivos

Conocer los consejos de autocuidado por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para la prevención y tratamiento de la diabetes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave "funciones auxiliar enfermería en cuidados de pacientes con diabetes".

4 Resultados

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo. Esta es una enfermedad metabólica que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en sangre debido a que el páncreas no produce insulina o no la utiliza adecuadamente. El impacto del cuidado de la diabetes está aumentando, especialmente en hospitales, clínicas y hogares de ancianos. El trabajo del día a día de un auxiliar de enfermería es fundamental para garantizar una atención eficaz a los pacientes con esta enfermedad crónica. En las personas con diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. Esto es un problema porque el cuerpo necesita insulina para extraer la glucosa de los alimentos y convertirla en energía, las personas con este tipo de diabetes necesitan inyectarse insulina diariamente. La mitad de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen más de 65 años. En los pacientes con diabetes, es importante controlar la hipoglucemia o los niveles altos de glucosa para evitar complicaciones por un mal control de la enfermedad, ya que esto puede conducir a la ceguera, daño renal o insuficiencia renal. Los niveles altos en la sangre pueden causar las siguientes condiciones: visión borrosa, sed, fatiga, micción frecuente, hambre, pérdida de peso. Debido a que la diabetes tipo 2 se

desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre no presentan ningún síntoma. Los síntomas de la diabetes tipo 1 se desarrollan en un corto período de tiempo y se diagnostican como azúcar en sangre en ayunas, tolerancia oral y azúcar en sangre en cualquier momento del día. Mantener un nivel alto de azúcar en la sangre provoca daños potenciales en los tejidos, el corazón, los riñones, la visión, así como en los vasos sanguíneos y las arterias. Estas complicaciones deben diagnosticarse lo antes posible y tardíamente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería juega un papel importante a la hora del cuidado de estos pacientes.
Los cuidados del auxiliar de enfermería deberán proporcionar una atención muy específica a este tipo de pacientes, ya sea en hospitales o residencias geriátricas. El cuidado asistencial del técnico de cuidados auxiliar de enfermería al paciente diabético no se ciñe tan solo a la parte clínica. También es vital la empatía del auxiliar de enfermería e incluso la pedagogía que aporta a la persona con algún tipo de diabetes con el objetivo de llevar un mejor control de la enfermedad y mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.daeformacion.com.
3. www.auxiliar-enfermeria.com.
4. Pubmed.
5. https://www.ifp.es/blog/el-auxiliar-de-enfermeria-y-el-cuidado-de-ladiabetes.

Capítulo 160

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE CON DISFAGIA

ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO

CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA

ALMUDENA MOYA SANCHEZ

MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ

ROSA MARÍA JAREÑO DAZA

1 Introducción

La disfagia se define como la dificultad de una persona para tragar alimentos. Hay varios tipos de disfagia, cada uno definido por la dificultad del paciente para tragar diferentes texturas de alimentos sólidos, líquidos o ambos. La disfagia es un trastorno importante y puede afectar el desarrollo al afectar severamente el sistema respiratorio y el estado nutricional. Estos problemas nutricionales pueden conducir a la pérdida de peso y masa muscular, la fuerza y el estado de ánimo. Los trastornos de la deglución se dividen anatómicamente en dos categorías:

- Disfagia de la boca y la garganta, violación del movimiento de los alimentos desde la boca hasta el esófago. Este es un tipo de disfagia causada por un trastorno neuromuscular que afecta la laringe y la parte superior del esófago. La disfagia esofágica se refiere a los cambios en el paso del esófago antes de llegar al estómago.

Diversos trastornos del movimiento o traumatismos mecánicos por obstrucción pueden causar disfagia esofágica. La atención integral al paciente con disfagia es responsabilidad de todo el equipo de enfermería, incluidos los técnicos médicos auxiliares, ya que es el personal médico el responsable de los cuidados básicos del paciente durante el tiempo de enfermedad y demas personal sanitario

2 Objetivos

Conocer e indicar el papel de las funciones por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante pacientes con disfagia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave "funciones auxiliar enfermería en cuidados de pacientes con disfagia".

4 Resultados

La disfagia se puede clasificar en varias categorías diferentes según el área afectada o la etapa de los cambios en la deglución, el tipo de comida o bebida que es difícil de tragar o el agente causante de la disfagia. Es importante conocer el tipo de disfagia que tiene un paciente porque de ello depende el tratamiento y los cuidados. Al consumir alimentos, se debe tener en cuenta que sus propiedades pueden afectar significativamente la deglución. Por lo tanto, los sabores fuertes promoverán la deglución, aumentarán la salivación y la masticación, y se supone que los alimentos fríos pueden provocar calambres musculares. Existen varias pautas para el cuidado de los pacientes con disfagia. Es importante que los auxiliares de enfermería sepan qué alimentos suponen un riesgo y cómo tratarlos:
- Alimentos demasiado especiados, especiados o ácidos (vinagre, algunas especias). - Productos con hilos o hilos que puedan causar asfixia
(carne, piña, apio, tallos de algunas verduras como espárragos y lechuga). - Fruta con jugo. - Vainas de frijoles, huesos de tubo, huesos de pescado, huesos de carne picada, sin semillas. Alimentos secos como tostadas o frutos secos. - Alimentos de doble textura como caldos de pasta, frutas y zumos, cereales y leche. También son importantes las recomendaciones generales, que son:

- Evaluar si el paciente está lo suficientemente consciente para comer. Antes de comer, moja tu boca con un palito de limón o un hisopo. Durante las comidas y durante al menos una hora después de las comidas, el paciente debe sentarse en la cama con la cabeza totalmente elevada o en una silla. Pida al paciente que baje la barbilla para tragar. Siempre use una cuchara y dele a su bebé alimentos sólidos y líquidos en porciones pequeñas. - Usa agua en gel con tus comidas principales y agua condensada en el medio.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante para el técnico en cuidados auxiliares de Enfermería que conozcan los síntomas y signos de la disfagia, para poder reconocerla y así evitar las complicaciones que puedan surgir usando todos los medios a nuestro alcance. El auxiliar de enfermería juega un papel importante a la hora del cuidado de estos pacientes.
La disfagia es una enfermedad que afecta a un número muy elevado de personas, aunque muchas de ellas no la tengan diagnosticada. Es importante que el auxiliar siga las indicaciones a tratar, así como hacer de la comida una presentación variada y atractiva para que el paciente no pierda las ganas de comer. Proporcionará los alimentos y líquidos con su textura modificada, usando espesantes y agua gelificada para facilitar la ingesta.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.daeformacion.com.
3. www.auxiliar-enfermeria.com.
4. Pubmed.
5. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-del-paciente-condisfagia-en-el-ambito-hospitalario/.
6. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congresointernacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-02_5e37094a98a89_poster2.pdf

Capítulo 161

LAS FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL TCAE DENTRO DE LOS CENTROS SANITARIOS EN ESPAÑA

ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ

PILAR PEREZ ORTEGA

ESTELA GIL BORRALLO

SERGIO VELA PATERNA

INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES

1 Introducción

El TCAE es del personal sanitario el que más se ocupa del cuidado de los pacientes, se encargaran de hacer o proporcionar cuidados y atención básica y elemental de la salud de los pacientes
El personal TCAE desempeña un trabajo muy extenso y variado, siempre en función del servicio, por ejemplo podrían estar destinados al área de esterilización de un hospital y se encargarían de la limpieza de material tanto quirúrgico como de otro tipo, en cambio si estuvieran destinados en una planta hospitalaria, pues su función sería otra diferente como lo sería la del trato y atención con el paciente.
El sistema sanitario español es tan amplio y extenso que la figura del TCAE abarca y engloba muchísimas áreas y servicios de un centro sanitario, por lo que este personal, pertenece al personal sanitario de dicho centro y estará altamente

formado y cualificado para el desempeño de sus funciones de manera correcta y siempre trabajando en equipo con el resto de personal para lograr siempre de conseguir los resultados adecuados que se vayan buscando.
Todas las tareas a hacer por parte del auxiliar de enfermería irán o serán en función del área de trabajo donde se encuentre desempeñando su labor.

2 Objetivos

Los objetivos que hemos querido recalcar en nuestro trabajo han sido:

• conocer las funciones que puede desempeñar el TCAE en un centro sanitario
• Resaltar la importancia del personal TCAE dentro de los centros sanitarios en España.

3 Metodología

En la realización de nuestro trabajo hemos revisado varios artículos sanitarios relacionados con las funciones y obligaciones del técnico en auxiliar de Enfermería. Hemos utilizado el buscador Google Académico donde hemos introducido palabras clave para su búsqueda, como han sido: TCAE, funciones, personal, ámbito sanitario y centros de salud.

4 Resultados

Las principales funciones del TCAE en un centro sanitario podrían ser:
• saber moverse y manejarse en cualquier servicio o área donde sea requerido para realizar su actividad profesional correspondiente.
• Hacer tareas de administrativo como por ejemplo: organización de la consulta, evaluar la necesidad de materiales y reposición.
• Registro de datos de los pacientes y su citación.
• Aplicación de técnicas de primeros auxilios.
• Administración de medicamentos por vía oral, rectal y tópica. Nunca por vía parenteral.
• Mantenimiento del orden y limpieza de las habitaciones del centro
• Limpieza del instrumental.
• Colaborar con el personal facultativo en la prestación de cuidados psíquicos al paciente.
• Hacer tareas de instrumentación en conjuntos de salud bucodental

• Calibración y manejo de equipo a su cargo.
• Informar al paciente sobre horarios, lugares del centro, etc.
• Ayuda al paciente en el aseo personal que sea necesario
• Movilización del paciente encamado siguiendo las normas establecidas
• Seguir protocolos de investigación del paciente
• En caso de exitus, lavado del cadáver y retirado de complementos externos, como vías, sondas …
. Amortajar un cadáver
• Comunicación de urgencias vitales al personal facultativo.
• ayudar al paciente encamado a comer.
• ayudar en necesidades del paciente: psicológicas o físicas.
• Ayuda en el área de rayos
• Preparación de material de pendiendo del servicio para la realización de cualquier prueba médica
• colocar en postura idónea a las parturientas, ayudar con su aseo y ayuda a vestirse y desvestirse.
• encargarse de reponer ropa de cama, de pacientes, etc.
• manejo de la esterilización de material
• ayudar en ambulatorios, estas son algunas de las múltiples funciones de un TCAE en los centros sanitarios españoles, siempre dependiendo del servicio en el que se encuentre desarrollando sus tareas.

5 Discusión-Conclusión

El personal TCAE es sin duda una de los profesionales sanitarios cuyo rango de actuación es más extenso.
Su formación será fundamental para el desarrollo de sus tareas diarias.
Aunque no son personal sanitario que pueda realizar funciones de enfermería como administrar medicación por vía parental si están preparados para otras muchas funciones sanitarias, se encuentra por debajo de rango del personal de enfermería, pero realizan funciones a veces similares o parecidas de este personal, aunque no lo sean.
El tcae es un personal sanitario muy preparado y cualificado dentro de un centro sanitario, pues este personal está presente en casi todos los servicios del mismo.

6 Bibliografía

Google académico www.revistamedica.com

manual básico del auxiliar de enfermería editorial.mad https://enfermeria.top.auxiliarenfermeria

Capítulo 162

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL TRATAMIENTO A PACIENTES DIABÉTICOS

ANA ROSA PADILLA TAPIADOR

CRISTIAN CERRATO CAMACHO

DAVID NAVAS RUEDAS

ESTHER TAJUELO LARA

SORAYA MENDIOLA REY

1 Introducción

La diabetes se define como una patología en la cual sube el nivel de azúcar (glucosa) en sangre muy por encima de los parámetros normales. El páncreas segrega una hormona (insulina) que contribuye a que la glucosa se introduzca en las células y les proporcione energía.

El tener niveles tan elevados de glucosa (hiperglucemia) puede provocar a los pacientes deterioros graves oculares, nerviosos y renales, al igual que enfermedades cardiacas.

También los pacientes con esta enfermedad suelen tener complicaciones a la hora de que sus heridas curen, en algunas ocasiones hasta el punto de tener que amputarles el miembro afectado.

La diabetes de la cara a través de los siguientes síntomas: Sentirse fatigado, orinar con mayor frecuencia, tener más sed de los normal, tener más sensación de hambre, pérdida de peso, adormecimiento de manos y pies, contraer más infecciones de lo normal.

Para contribuir a mantener la glucosa dentro de los niveles normales, se debe llevar una dieta saludable y hacer ejercicio a diario, y no abusar de los carbohidratos que son nutrientes que nuestro cuerpo transforma en azúcares , haciendo que suba el nivel de glucosa en sangre; Algunos alimentos ricos en carbohidratos son: la pasta, el arroz y los alimentos elaborados con harina.

2 Objetivos

Aprender todo sobre la diabetes, que síntomas se dan en esta enfermedad, como intentar evitarla, que alimentación es la adecuada, etc.. para así saber como atender a estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Dado lo que vimos anteriormente sobre estos pacientes es muy importante llevar un control de sus glucemias, de esta forma podemos prevenir que sufra complicaciones en su enfermedad.

El tratamiento que hay para esta patología está centrado en la prevención de las

grandes descompensaciones en las glucemias, para poder minimizar la mortalidad y que pueda llevar una mejor calidad de vida.

Hay dos tipos de diabetes:

DIABETES MELLITUS TIPO 1

La diabetes tipo 1 se da mayormente en niños y adolescentes; En este tipo de diabetes, el sistema inmune ataca al páncreas por lo que éste no produce absolutamente nada de insulina y es por eso que a estos pacientes hay que suministrarles insulina diariamente.

Es una patología que no se puede evitar por que no se sabe que causas la producen.

Existe un tratamiento llamado bomba de insulina, es un aparato que mediante un catéter libera insulina frecuentemente al organismo del paciente que lo porta; incluso antes de cada comida expulsa insulina más deprisa, es lo que se llama bolo. Estos dispositivos se colocan en la cintura mediante un cinturón. Son resistentes al agua, disponen de pantalla táctil y de un sistema de alertas que te dice las dosis y la cantidad de insulina que hay en el depósito.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Este tipo de diabetes se produce mayormente en adultos y personas mayores. en este tipo de diabetes el páncreas si genera insulina pero no en la proporción necesaria. Y este tipo si podría evitarse llevando un estilo de vida saludable.

En ella también requiere que se le proporcione insulina pero no a diario como en la anterior, solo cuando sea necesaria y para saber si la necesita hay que hacerle un control de la glucemia.

5 Discusión-Conclusión

Me ha servido de mucho este capítulo, como TCAE puesto que nuestro papel ante esta patología es muy importante .
Estos pacientes desde el momento en el que se les diagnostica esta enfermedad, tienen que modificar totalmente sus hábitos de vida y de alimentación y es muy complicado; y no solo eso si no que deben de aprender a dosificar la cantidad

que pueden tomar de determinados alimentos, como la pasta, el arroz y el pan, puesto que son carbohidratos.

Por eso cuando les diagnostican esta enfermedad a los pacientes les tienen que enseñar todo esto, las cantidades, los alimentos que más les benefician y los que menos, a administrarse ellos mismos la insulina dependiendo del momento del día y de la comida que vayan a tomar.

6 Bibliografía

1.https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html
2.https://accounts.google.com/b/0/AddMailService
3.https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/prediabetes/symptoms-causes/syc-20355278
4.https://www.diabetes.ascensia.es/blog/blog-detail-one/#::text=Existen%20dos%20tipos%20fundamentales%20de,personas%20a%20las%20que%20afecta.
5.https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000963.htm

Capítulo 163

TOMA DE TEMPERATURA

ELIZA ZOTIC

CELIA CHACÓN ORTUNO

PILAR ORTUNO FERNANDEZ

LUCÍA CASAS ORTUNO

1 Introducción

En este capitulo vamos proceder a explicar la gran importancia de tomar la temperatura nada mas llegar a Urgencias, ya que la medición de la toma de temperatura del cuerpo puede ser clave para detectar una enfermedad. Atraves de ella también se puede monitorear si un tratamiento está funcionando o no.
La toma de temperatura es realizada atraves de un instrumento que se llama termómetro.
Hay dos escalas para medir la temperatura una de ella es la escala Celsius se utiliza en la mayoría de los países del mundo y la otra la escala Fahrenheit se suele utilizar en Estados Unidos sobre todo y en algunas zonas del Caribe.
La temperatura corporal normal para un adulto es de alrededor de 37 ℃, pero la temperatura corporal de referencia de cada persona es suavemente diferente y podría ser ligeramente un poco más alta o más baja.
La medición de la temperatura se puede realizar en diferentes partes del cuerpo las cuales son:
-La axila: mas común y rápida.
-La boca: bastante precisa,poco tiempo.
-Ingles: buena medida.

-Vagina: buena medida,se puede calcular la temperatura basal y el periodo de fertilidad.
-En recto : es la medición mas exacta y rápida . Pero no se suele usar muy a menudo.

2 Objetivos

Con la toma de temperatura es evaluar el estado de la temperatura corporal del paciente.
Tener un registro y evolución de la temperatura del pacientes

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo de capitulo hemos realizado una búsqueda detalladamente de información sobre la toma de temperatura en libros y revistas ya revisadas bibliográfica de la literatura existente. También hemos recopilado información del Hospital Mancha Centro de Alcázar de San Juan

4 Resultados

La temperatura promedio normal del cuerpo es de 37℃. La temperatura del cuerpo normal puede variar debido a cosas como:
- La edad que tenga el pacientes
- La hora del día a la que se tome .
- El sexo:en las mujeres en la segunda mitad del ciclo menstrual, desde la ovulación hasta la menstruación, la temperatura puede elevarse entre 0.3℃ - 0.5 ℃ .
- Los tratamientos farmacológicos.
- El estrés.
- La temperatura ambiente y la ropa que se lleve puesta ya que una persona muy abrigada puede que posiblemente tenga una temperatura mas alta. Al igual que una persona que no este adecuadamente abrigada en pleno invierno.
- No debemos tomar la temperatura después de realizar un bano frió o caliente.

Procedimiento:

1. Lavado de manos y colocación de guantes.
2. Identificar al paciente.

3 .Explicar al paciente lo que se le va ha realizar.
4. Proporcionar intimidad al paciente.
5.Comprobar si el termómetro funciona adecuadamente.
6. Colocar el termómetro en la zona del cuerpo elegida .
7. Esperar hasta que el termómetro nos indique la temperatura del cuerpo.
8.Verificar la temperatura y apuntarla.
9. Limpiamos el termómetro con agua y jabón y lo guardamos.
10. Acomodar al paciente , recoger el material y nos lavaremos las manos.

Muy importantes no podemos informar al paciente del resultado de la temperatura sin la autorización de enfermería o del facultativo medico.

Valoración de la temperatura:
- Febricula : entre 37,1 ℃ y 37,9℃.
-Fiebre ligera: entre 38 ℃ y 38,4 ℃
- Fiebre moderada: entre 38,5 ℃ y 39,4 ℃.
- Fiebre alta: entre 39,5 ℃ y 40,4 ℃.
- Fiebre muy alta : mas de 40,5 ℃.

Nota: hay personas que suelen tener una temperatura mas elevada del cuerpo que la media normal. Pero aunque la tenga baja no quiere decir que tenga alguna enfermedad o que le pase algo grave.

5 Discusión-Conclusión

-La medición de la temperatura corporal puede prevenir alguna enfermedad.
-La temperatura corporal excesivamente alta puede indicar problemas de salud.
-La temperatura corporal ideal en personas adultos es de alrededor de 37℃ , pero esto variar según la edad, el sexo, la actividad física y la salud de la persona.
-La temperatura que se toman de diferentes partes del cuerpo proporcionan diferentes datos de temperaturas corporales que los falcutativos consideran normales.
-La temperatura se puede tomar en diferentes partes del cuerpo como en la axilar, la boca etc.
Si una persona tiene una temperatura alta o baja, debe buscar ayuda medica rapidamente.

6 Bibliografía

El Manual Técnico de Referencia para la toma de temperatura descrito por la OMS

Protocolo de toma de temperatura del Hospital Mancha Centro
Busqueda de conceptos a través de" campus de cursos"

Capítulo 164

CUIDADO HACIA EL PACIENTE EN CIRUGÍA ORAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELISABET SORIANO BELVIS

1 Introducción

En la esfera sanitaria no encontramos con la Cirugía Maxilofacial, estamos hablando de una cirugía que abarca un campo bastante amplio. No debemos pensar solamente que se trata de una cirugía en lo referente a la mandíbula ya sea superior o inferior, Si ahondamos más en tema veremos que intervienen algunas partes más del cuerpo; cabeza, cara, dientes , cuello, huesos maxilares, y cavidad oral.

La función del cirujano maxilofacial tiene conocimientos específicos en oncología, cirugía reconstructiva facial, anomalías dento-faciales entre muchas otras.

Dentro de esta especialidad nos hallamos con algunos campos mucho más específicos dentro de esta cirugía como son la Cirugía Maxilofacial Oncológica y la Cirugía Maxilofacial.

Para que estas intervenciones se puedan ver ejecutadas en todo su contexto de preparación, intervención y de su posterior cuidado, el cirujano requiere disponer de un buen equipo que sea competente de enfermería en ello incluimos a la figura del Técnico Cuidados auxiliares de Enfermería, por la sutileza que están cirugías requieren a la hora de tratarlas y en las que afortunadamente cada vez se ha

avanzado más, siendo la Cirugía Reconstructiva parte muy importante y en la que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe proporcionar todo su apoyo y ayuda al intervenido de manera siempre positiva ya que los resultados que se van a obtener y conseguir son de lo más beneficioso para la autoestima del paciente en lo que a la resolución de su patología o al cambio en la apariencia física que va a experimentar.

2 Objetivos

- Ver la responsabilidad especifica en esta cirugía de los Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Trabajar el apoyo y acompañamiento del paciente en la problemática de la cirugía.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y una revisión bibliográfica de artículos en una búsqueda sistemática en las bases de datos SciELO y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Siempre partiendo de la base de que es una cirugía, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el encargado de que en el quirófano a la hora de la intervención esté todo en perfecto estado tanto de desinfección, funcionamiento y con todo el material necesario y dispuesto para su uso.
Durante la intervención ayudara y apoyara si es requerido, al resto de personal en lo que le soliciten. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las intervenciones maxilofaciales debe disponer del todo el conocimiento del instrumental específico que se va a requerir o que pueda precisarse, ya que es fundamental que conozca y lo tenga en todo momento controlado. Para que se pueda llevar a buen termino estas funciones es necesario que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería haya recibido una formación, ya que esto además de facilitar su labor, le ayuda a entender el porqué del uso de un cierto instrumento u otro.
A la hora de la finalización de la intervención los pacientes al igual en otras cirugías, deben de ser vigilados por el Técnico en cuidados auxiliares de enfer-

mería. Nos podemos hallar con vómitos y fiebre que son normales en estas clases de cirugías. El paciente estará muy resentido y dolorido en la zona bucofaríngea debido a la intubación y al instrumental manejado. Cuando le llevamos a su habitación es posible que no pueda comunicarse.
Cuando se este recuperando y ya pueda comenzar a tolerar alimentos se emprenderá con una dieta que primeramente será líquida y luego progresivamente se irán incluyendo alimentos, pero siempre blandos para ayudar a la masticación. La dieta siempre va a depender de la zona o área que ha sido afectada y en vista a eso tardará más o menos tiempo en pasar a semi blanda pudiendo pasar entre un mes o más hasta que pueda tomar dieta semi blanda antes de pasar a dieta sólida.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que los cuidados después de la operación y en la hospitalización por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería son de vital importancia a la hora de que el paciente se encuentre confortable dentro de lo posible y menos intranquilo por el resultado de la intervención que se le ha practicado para que estos cuidados sean lo mas beneficiosos para el paciente.
Seguiremos unas pautas y protocolos específicos con el cuidado posterior a esta operación el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto a la enfermera le darán también las recomendaciones y actuaciones que tenga el paciente que efectuar referente a su propio cuidado, cuando llegue el momento del alta y una de los cuidados que más tienen en consideración los pacientes es el papel de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de comprender, apoyar y acompañar al paciente que después de haberse sometido a una cirugía maxilofacial, se siente impotente porque tiene afectada de una y otra manera una parte de su cuerpo que le imposibilita para comunicarse con el habla y comer.

6 Bibliografía

1. Melián-Rivas Andrés, Wallach-Weinstein Matthias, Boin-Bakit Camila, Carrasco-Soto Rolando. Recomendaciones en la Atención de Pacientes en Cirugía Maxilofacial Durante la Pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2). En t. J. Odontoestomat. [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Sep 01] ; 14(4): 474-480. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2020000400474&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000400474.

2. Romero-Ruiz Manuel Mª, Herrero-Climent Mariano, Torres-Lagares Daniel, Gutiérrez-Pérez José Luis. Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica: Una aproximación racional. RCOE [Internet]. 2006 Abr [citado 2022 Sep 01] ; 11(2): 205-215. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200005&lng=es.
3. García-Roco Pérez Oscar, Arredondo López Miguel, Correa Moreno Alfredo, Siré Gómez Alexis. Algunas tendencias actuales en la cirugía maxilofacial mayor ambulatoria: Nuestra experiencia. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2002 Ago [citado 2022 Sep 01] ; 39(2): 101-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200003&lng=es.
(1). quirurgicos/cirugia-oral-maxilofacial.
(2). https://www.estudidentalbarcelona.com
(3). https://www.enfermeria21.com

Capítulo 165

TRASPORTE DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA

MARIA JOSE MUÑOZ SOBRINO

1 Introducción

Transporte intrahospitalario (TIH)
Es un procedimiento muy común y devaluado que se realiza dentro del mismo hospital a pacientes generalmente críticos. En el traslado el paciente debe ir acompañado de profesionales de la salud y con aquellas medidas de seguridad y el material necesario para evitar riesgos que puedan poner en peligro la seguridad de este, no solo por el mero hecho de su traslado sino por la naturaleza critica del paciente que es vulnerable a posibles efectos adversos.
El traslado del paciente critico determina un impacto a nivel fisiológico determinado con la aceleración, desaceleración, vibración y movimiento del paciente. Solo el hecho de su movilización puede generar molestias y una serie de signos y síntomas relacionados con el posicionamiento, ansiedad, dolor, variación térmica o la agitación del propio paciente. Mantener una vigilancia constante sobre el paciente, así como conocer los riesgos asociados del paciente critico dentro del TIH.
La capacidad de respuesta ante un evento adverso de los profesionales en el THI, así como la estandarización de actuaciones, protocolos y equipos de monitorización contribuirán en la seguridad del paciente en su traslado. ¨La reducción de errores está directamente relacionada con las mejoras en los resultados clínicos del paciente y en la eficacia del uso de los recursos¨ (Hales & Pronovost).

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la seguridad en el traslado de pacientes críticos, de tal forma que el traslado entrañe el menor riesgo posible.

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda en Google académico, Pubmed, Scielo, así como en guías y protocolos especializados.

Criterios de inclusión:
- Artículos con una antigüedad no superior a 5 años, aunque se han incluido algunos artículos anteriores debido a su pertinencia.
- Artículos publicados en castellano y en inglés.
- Para completar la información se ha recurrido a libros, guías clínicas y páginas web de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud.

Criterios de exclusión:
- artículos que no cumplían los objetivos del trabajo
- artículos con antigüedad superior a 5 años.

4 Resultados

Gran parte de los traslados dentro del ámbito intrahospitalarios sobrelleva una serie de riesgos valorables antes de cualquier traslado por muy sencillo que parezca para evitar riesgos innecesarios en los pacientes. Hay que tener en cuenta que puedes surgir imprevistos y complicaciones.
Los riesgos del traslado intrahospitalario pueden se mínimos si se planifica adecuadamente y se utilizan equipos de profesionales cualificados para este fin, así como la utilización adecuada de material especifico en el TI. Las incidencias graves se pueden evitar si el paciente esta monitorizado en todo momento y la ventilación es la adecuada en función de sus necesidades.
Otra situación que puede desestabilizar al paciente es el impacto del transporte, bien por el movimiento del paciente y cambios de posición entre otros teniendo una repercusión hemodinámica, neurológica respiratoria, psicológica, así como en el nivel de dolor.
El cambio del entorno es otro aspecto que hay que tener en cuenta ya que el paciente se encuentra protegido en su unidad con cuidados especiales pudi-

endo afectar a su estado emocional sintiéndose desprotegido (en pacientes conscientes).
Los cambios de equipamiento, ruido, dureza del colchón donde se realiza la prueba diagnóstica o intervención son fuentes de desacomodo aumentando los niveles de estrés en el paciente.
Existen dos clases de efectos adversos:
 De tipo menor: problemas con el equipamiento y cambio en las constantes con respecto al momento previo de su traslado.
 De tipo mayor: riesgo de la vida del paciente con respuesta terapéutica inmediata por parte de los profesionales sanitarios.
Dentro de los principales efectos adversos encontramos:
 Parada cardiorrespiratoria
 hipertensión o hipertensión severa
 Hipoxia, broncoespasmo, neumotórax o extubación
 Intubación selectiva Desincronización paciente-respirador Hipotermia
 Aumento de la PIC
 Errores humanos
 Perdida del paciente
 Tratamiento inadecuado
*(La incidencia global de los efectos adversos llega al 68%, mientras que la de los efectos adversos mayores es del 4,2-8,9%. Según los diferentes estudios, las paradas cardiorrespiratorias oscilan desde el 0,34 al 1,6%.) (CHUA, 2012).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión hay que decir que se hará hincapié que el traslado intrahospitalario sea realizado por un equipo de profesionales de la salud entrenados y cualificados, junto con un protocolo de actuación que unifique criterios, reduzca posibles complicaciones y problemas que puedan surgir durante el traslado del paciente. También hay que recordar que el paciente es lo más importante y debe ser informando en todo momento, así como los procedimientos que se lleven a cabo. Si no se puede informar al paciente por su estado se informará a la familia de las actuaciones que se fueran a realizar.
Hay que tener en cuenta que una de las herramientas al alcance de los profesionales son las listas de verificación que pueden ayudar a estos a aumentar la seguridad del paciente critico en el TIH.
Debemos recordar que “lo que no está escrito no se ha hecho”. Por ello, para intentar mejorar la calidad del traslado debemos recoger los problemas para intentar

poner soluciones.

6 Bibliografía

Magdalena Canellas, I. P.-S. (2020). Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente critico: A scoping review. Enfermeria global, 16.
CHUA, P. U. (2012). PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE. sescam.
EMERGENCIAS, P. A. (1999). Transporte primario urgente y del pacinete critico.

Capítulo 166

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO

CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ

SONIA MAÑAS MURILLO

MARIA CALVO CUADRA

DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN

1 Introducción

La ginecología y obstetricia es una rama de la medicina que está especializada en ofrecer una atención a las mujeres a lo largo de su vida. Por un lado, la ginecología se ocupa de todas las enfermedades que están relacionadas con el aparato reproductor femenino, como pueden ser alteraciones en el ciclo menstrual, tumores y otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea, la clamidia o el VIH. Mientras que por otro lado, la obstetricia se encarga de los cuidados a la mujer embarazada, el parto y postparto. De esta manera, podemos decir que la ginecología y obstetricia se encarga de las enfermedades del sistema reproductor femenino, así como de la prevención de éstas, gracias a técnicas de exploración que

se han ido desarrollando a lo largo del tiempo, con las que se busca diagnosticar de manera precoz dichas enfermedades. Tanto la atención, como el seguimiento y los cuidados de la madre así como del neonato, desde el parto, deben de realizarse por un equipo multidisciplinar formado por un grupo de profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto. Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto.

2 Objetivos

Exponer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de obstetricia y ginecología en el cuidado de la mujer embarazada.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en las bases de datos científicas: Pubmed y Medline.
La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés.

4 Resultados

El TCAE se encargará de realizar los cuidados básicos de enfermería de una manera coordinada con el enfermero/a. Siempre trataremos de darle a la madre apoyo y una información adecuada durante el tiempo que dure proceso, respetando siempre un ambiente de intimidad, cordialidad y familiaridad con el único fin de transmitir seguridad y confianza a la futura madre como a sus familiares y/o acompañantes. Cuando llega a la unidad una mujer embarazada que ya ha roto aguas y/o que tiene contracciones, así como si tiene programado dar a luz el día que acude al hospital, es el TCAE el encargado de recibir a la paciente y acompañarla a su habitación, ofreciéndole camisón, toallas, y todo aquello que pueda necesitar para que su estancia hospitalaria sea lo más confortable posible.
En caso de que la paciente no pueda por ella misma, el TCAE la ayudará a desvestirse, ponerse el camisón, y colocarla en la cama en la postura que sea más cómoda para la paciente. En la mayoría de los casos, la embarazada estará inquieta

y nerviosa en esos momentos, por eso es fundamental que el TCAE intente tranquilizarla, y que haga todo lo posible porque la paciente se sienta cómoda y a gusto. También le explicaremos cuál es el proceso a seguir, y que hasta que no haya dilatado lo suficiente no podrá ir al paritorio. Una vez que el parto ha finalizado y que se han hecho todas las tareas correspondientes del paritorio, como puede ser la medición del bebé, la madre y el recién nacido volverán de nuevo a la habitación que tenían asignada. Es tarea del TCAE colaborar con el/la enfermero/a en todas las labores para las que sea requerido y le servirá siempre de apoyo. Se ocupará también del acomodamiento tanto de la madre como del bebé, y se encargará de ofrecerle líquidos a la madre, ya que es fundamental que se hidrate adecuadamente, así como de ofrecerle alimentos a la madre. También la orientará y ayudará en el inicio a la lactancia materna, se le darán pautas sobre la posición correcta al pecho, la duración de la toma, que la nariz del bebé estén libres, etc. y la orientará, sobre todo en el caso de ser madre primeriza, en aspectos sobre la higiene del bebé; así como en su propia higiene íntima. Se le proporcionará la ropa adecuada al bebé, así como se repondrán diariamente los armarios de lencería de cada habitación con todo lo necesario tanto para el bebé como para la madre. En definitiva, el TCAE procurará que tanto la madre como el recién nacido se encuentren en las mejores condiciones ambientales y sanitarias, quedando cubiertas las necesidades de ambos. Es primordial que el TCAE informe al enfermero/a de cualquier incidencia que pueda suceder e informar de todos aquellos aspectos que puedan resultar importantes. Definitivamente, es muy importante la figura del TCAE en este servicio, ya que junto con la matrona, son las personas que guiarán y orientarán a la mamá en esta nueva aventura que comienza con el nacimiento de su bebé.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el TCAE de la unidad de ginecología y obstetricia tenga una formación específica en este área y esté capacitado tanto para ayudar como cuidar a la mujer durante el transcurso del parto y postparto, el inicio de la lactancia materna y auxilie al recién nacido en sus necesidades básicas, intentando siempre que la interacción de la madre con su bebé sea lo más temprana posible. El TCAE, junto con el personal de enfermería, son las personas que más tiempo pasan con sus pacientes, y como es de esperar, a los nuevos papás les surgirán infinitas dudas sobre como actuar en ciertos aspectos, que como es lógico, compartirán con el equipo de enfermería. Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto.

6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T16-AE-SCS-2007.pdf.
2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.phpscript=sci_serial&pid=0717-7526&lng=es&nrm=iso.
3. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002000.htm.

Capítulo 167

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS TÉCNICAS PARA HACER LA CAMA HOSPITALARIA

MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO

CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ

SONIA MAÑAS MURILLO

MARIA CALVO CUADRA

DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN

1 Introducción

Es el técnico en cuidados de enfermería quien realiza la labor de realizar la cama en el turno de mañana salvo excepciones como incidentes en cualquier momento durante la el día o la noche.
Realizar la cama es una tarea muy importante para la comodidad del paciente ya que pasa mucho tiempo dentro de la cama durante un proceso de hospitalización.
La técnica para hacer la cama depende de si el paciente está encamado o si no lo está.
En cualquier de los casos los componentes de la cama son los mismos:
• Funda del colchón: es impermeable y sirve para evitar manchas por distintos fluidos, como orina, sudor o sangre.

• Sábanas: suelen ser de algodón o de nailon.
- Sábana bajera: se pone encima de la funda del colchón. Puede tener las esquinas con elásticos para ajustarse o no. Es importante estirarla bien y no dejar arrugas que puedan dañar la integridad de la piel del paciente.
- Sábana entremetida: de 1 metro de ancho por 2 metros de largo, se coloca entre el empapador y la sábana encimera. En algunos casos la entremetida se pone debajo del empapador, de manera que pueda servir de ayuda para movilizar al paciente.
- Sábana encimera: cubre al paciente cuando está en la cama. Sobre ella pueden ir la colcha o la manta.
• Empapador: es una pieza impermeable que impide que las eliminaciones de los encamados incontinentes lleguen al colchón.
• Colcha: puede ser de algodón o nailon, pero de mayor grosor que la sábana. Se coloca sobre la encimera.
• Manta: suele ser ligera para que el peso no incomode al paciente. Se pone solo en caso de que este sienta frío.

2 Objetivos

- Describir cuestiones básicas y técnicas para la realización de una cama hospitalaria por parte del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en las bases de datos científicas: Pubmed y Medline.
La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés.

4 Resultados

- Técnica para hacer una cama desocupada:
Cuando va a ingresar un nuevo paciente o cuando el enfermo puede levantarse y abandonarla un momento. Debe seguirse el siguiente protocolo:
1. Lavarse las manos y ponerse guantes.
2. Reunir toda la lencería limpia y colocarla en orden de utilización en una silla. Arriba se coloca la primera prenda a utilizar.

3. Extender cortina o colocar un biombo para preservar la intimidad del paciente.
4. Informar al paciente de lo que se va a hacer.
5. Colocar la cama en posición horizontal.
6. Quitar la funda de la almohada y meterla en la bolsa de la ropa sucia. La almohada se coloca en la silla.
7. Retirar la colcha y la manta. Si deben utilizarse de nuevo, se doblan hacia los pies y se guardan en la silla. Si hay que cambiarlas, se enrollan con cui- dado sin airearlas (por los posibles microorganismos que puedan contener) y se meten en la bolsa de la ropa sucia.
8. Se aflojan las esquinas de las sábanas y se doblan también con cuidado, sin airearlas. Van con el resto de ropa sucia.
9. Comprobar el estado de la funda del colchón y, si es necesario, cambiarla.
10. Desdoblar la sábana bajera encima de la cama. Si no es ajustable, doblar las esquinas de la cabecera en forma de mitra (al igual que se hace en el extremo inferior). A continuación, se extiende la sábana, alineándola con el colchón hasta los pies. Ahí se ajustan las esquinas igual que las otras. Los laterales se remeten procurando no dejar arrugas.
11. Poner el empapador en el centro de la cama y cubrirlo con la entremetida. No dejar arrugas.
12. Colocar la sábana encimera sobre la cama. El extremo superior debe coincidir con el cabecero del colchón. Desde ahí se extiende hasta los pies, donde se ajusta y se doblan las esquinas en forma de mitra. Los laterales no se ajustan a la cama.
13. Hacer el mismo paso con la colcha encima de la manta.
14. Hacer un dobladillo con la sábana encimera sobre la manta y la colcha.
15. Poner una funda nueva en la almo- hada y colocarla en la cabecera.
16. Retirar la lencería sucia de la habitación, quitarse guantes y lavarse las manos.

- Técnica para hacer una cama ocupada:

Cuando el paciente no puede levantarse ni abandonar la cama. Se realiza, por tanto, con el paciente acostado, ya aseado y con los cuidados pertinentes efectuados.

Se necesita la ayuda de otro auxiliar, pues el paciente no puede colaborar, y se sigue el siguiente protocolo:

1. Lavarse las manos, ponerse los guan- tes y reunir toda la lencería limpia, ordenándola en una silla, como en la técnica anterior.
2. Colocar un biombo o extender una cortina para preservar la intimidad del paciente.
3. Si está consciente, informar al paciente de lo que se va a hacer.
4. Colocar la cama en posición horizontal.

5. Quitar la funda de la almohada y ponerla en la bolsa de la ropa sucia. almohada se coloca en la silla.
6. Se retiran la colcha y la manta, se doblan hacia los pies, si van a utilizarse de nuevo; o se enrollan con cuidado para no airearlas si se deben cambiar. En este caso, las usadas van con la ropa sucia.
7. La sábana encimera no se retira, manteniendo al paciente cubierto y proporcionándole intimidad.
8. Colocar el paciente en posición de decúbito lateral, dejando libre la mitad de la cama. Ahí el auxiliar inicia el cambio de sábanas. Si el paciente no puede agarrarse a las barras de seguridad, el otro auxiliar deberá agarrarlo para mantener la postura.
9. Enrollar la sábana bajera, el empapador y la entremetida hacia el centro.
10. Extender y remeter en los bordes de la cama una sábana bajera, un empapador y una entremetida limpia sin que toquen la lencería sucia que se está retirando. Para manipular las sábanas limpias se requiere un cambio de guantes.
11. Mover al paciente a la posición de decúbito lateral del otro lado, en el que ya está puesta la lencería limpia.
12. El auxiliar que sujetaba al paciente retira las sábanas sucias y las guarda con el resto de ropa sucia. 13. Extender y ajustar los extremos y laterales de la lencería limpia en los bordes de la cama.
14. Colocar al paciente en la posición de decúbito supino y comprobar que no hay arrugas debajo de él. 15. Cambiar la sábana encimera a la vez que se recoge la sucia, manteniendo siempre cubierto al paciente.
16. Extender la manta y la colcha encima de la sábana encimera.
17. Hacer el dobladillo de la sábana encimera sobre la manta y la colcha.
18. Colocar la almohada limpia por debajo de la cabeza del paciente.
19. Comprobar que el paciente esté bien y sacar de la habitación la bolsa con la ropa sucia.
20. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

El simple hecho de realizar una cama se convierte en una tarea propia del TCAE y de suma importancia conociendo el motivo de la consecuente de una cama bien hecha, evitando lesiones en los pacientes usuarios de las mismas durante su proceso de hospitalización como pueden ser ulceras por presión, rasguños por migas de pan, y la comodidad y descanso que supone una cama limpia y estirada.

Realizar la cama se puede hacer con el paciente encamado tras su higiene corporal por lo que se debe tener una habilidad en la destreza y técnica y también se puede realizar cuando el paciente se vaya a la ducha o este en el sillón cuando en este caso es más independiente.
Sea cual sea el caso la cama debe estar, ventilada, limpiar y sin arrugas siempre velando por el bienestar del paciente respetando en todo momento su intimidad.

6 Bibliografía

1-https://revistamedica.com
› tcae-tecn… ▷ El TCAE en la unidad del paciente: técnicas de arreglo de la cama …
2-https://ajibarra.org
› post › tecnicasp… Técnicas Para Hacer La Cama Del Paciente - Enfermería en Cuidados …
3- https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com
› … Como Hacer Una Cama Hospitalaria. - APUNTES AUXILIAR ENFERMERIA

Capítulo 168

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS BENEFICIOS DE LOS PADRES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO DE UN NIÑO

MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO

CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ

SONIA MAÑAS MURILLO

MARIA CALVO CUADRA

DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN

1 Introducción

El ingreso hospitalario es algo que nadie quiere y más en cuestión de algunas personas como los adultos, ancianos y por supuesto con los niños. Que no comprenden por que les quitan a sus amigos y les encierran en una habitación Piensan que estan en un castigo.
Podemos conocer que tanto el niño hospitalizado como su familia, se perciben como clientes en el sistema sanitario en el que ambos, han de adaptarse cuando

se produce la hospitalización del niño, y se hace necesario un abordaje integral, donde la familia es considerada un elemento susceptible sobre el que se prestan cuidados.
El autor Grau Rubio en 2011 nos decía ya que la hospitalización pediátrica es un evento, que influye en el normal funcionamiento de las actividades diarias de la familia al completo. Cambia estilos de vida de todos tanto del niño como de los padres en cuanto a sus funciones laborales etc.
El ingreso hospitalario de este niño conlleva un rumbo diferente durante un tiempo siempre que sea un ingreso corto. En caso de que el ingreso hospitalario del niño va a ser largo va a suponer un cambio radical y circunstancial en donde las cosas se van a empezar a complicar y esto agravara el estado emocional de todos los miembros de la familia.

2 Objetivos

Conocer que tipo de ventajas o inconvenientes va a tener el profesional sanitario en cuanto a la presencia de los padres durante el ingreso hospitalario de el niño.

3 Metodología

Para nuestra revisión se realiza una búsqueda bibliográfica en la cual se centra en búsqueda por internet en artículos, bases de datos etc., en los que incluimos textos que nos indican si es beneficioso la presencia de los padres en el tiempo de hospitalización del niño.
- Palabras clave: cuidados, derechos, deberes, sanitario.
- Se incluyeron bases de datos como MEDLINE, COCHRANE, PUBMED.

4 Resultados

En todos los hospitales nos podemos encontrar la carta de los derechos y deberes de los niños hospitalizados en los que se encuentran algún tipo de derecho donde aparecen los padres.
En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir y documentar artículos en donde los padres nos van a beneficiar el cuidado del niño hospitalizado y en otros nos indican que nos van a paralizar e interrumpir el cuidado que necesita el niño hospitalizado.

Dentro de los beneficios y derechos que tenemos por protocolo y escrito nos encontramos con algunos como el derecho al acompañamiento por parte de sus padres, madres o la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como elementos espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al menor.
Derecho de los padres, madres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se les aplican.
Derecho de los padres, madres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
Estos derechos nos hablan de beneficios de los padres durante la hospitalización. En otras ocasiones los padres obligan a los sanitarios a intentar que los padres no estén durante las técnicas que se realicen a sus hijos ya que no nos dejan actuar con naturalizad, obstruyen el trabajo del personal sanitario. Con lo cual no pueden prohibir estas visitas pero si se les puede aconsejar que vayan a descansar y se intercambien durante los dias de ingreso hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Es el caso de que muchos padres benefician el que estén durante todo el ingreso hospitalario ya que colaboran con el personal sanitario ayudando y apoyando para que el ingreso sea más fácil para los padres y por supuesto para el niño.
Como se ha podido observar existen unos derechos que el profesional sanitario debe cumplir estricto, salvo casos excepcionales en los que es importante acortar el que los padres estén allí ya que perjudican incluso la salud de su propio hijo.
Es un tema un poco olvidado, pero hay que entender que un niño no entiende porque se le ingresa y necesita en muchas ocasiones el acompañamiento de sus padres.

6 Bibliografía

Björn, M., Nordström, B., y Hallström, I. (2006). Needs of young children with cancer During their initial hospitalization: An observational study. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24(3), 210-219.
Board, R. (2005). School-age children's perceptions of their PICU hospitalization. Pediatric Nursing, 31(3), 166-17

Capítulo 169

ACTUACION DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LAS HEMORRAGIAS

MARIA JESUS ALVAREZ MORAN

1 Introducción

La hemorragia se puede definir como una salida grande de sangre, la cual se realiza a través de los vasos sanguíneos debida siempre a una rotura de ellos. Puede ser debida a causas mecánicas o patológicas sin trauma aparente alguno.

La gravedad de la hemorragia depende siempre de la cantidad de sangre que se pierda y de la rapidez con la que lo haga. Si se pierde más de un litro en un adulto o más de medio en un niño es grave y hay que actuar de forma rápida

Las pérdidas de sangre que ocurren en un corto período de tiempo son muy peligrosas. Para determinar la gravedad de las mismas debemos de controlar la cantidad de sangre que se pierde, la velocidad a la que lo hace, además de la zona y también de la edad.

En los Centros de Salud y en los Servicios de Urgencia, las hemorragias son una de las consultas más habituales. Las causas más normales son normalmente las debidas a golpes o traumatismos que suelen ser las más leves y las que mejor se controlan, pero aunque así sea, hay que saber reaccionar y actuar de forma correcta ante ellas para evitar complicaciones graves en el paciente.

2 Objetivos

- Exponer las principales causas de hemorragia, signos y síntomas más frecuentes de cada una
- Exponer una clasificación didáctica sobre los diferentes tipos de hemorragia
- Exponer las principales actuaciones ante los distintos tipos de hemorragias

3 Metodología

A la hora de elaborar este capítulo, se realizó una investigación exhaustiva en la que se revisaron libros y se consultaron artículos en bases de datos tales como Scielo y Pubmed, así como artículos científicos y otras publicaciones sobre las principales causas de las hemorragias, signos, síntomas y manejo de las mismas.

4 Resultados

CAUSAS
En general, las principales causas de una hemorragia pueden ser de distinta índole: traumatismos, golpes, mala coagulación de la sangre, y debido a enfermedades

Las causas más frecuentes de hemorragias internas son los traumatismos torácicos, los abdominales y enfermedades crónicas. También los producidos por objetos cortantes y los producidos por objetos punzantes.

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN UNA HEMORRAGIA.
Son: palidez, piel fría y sudorosa. pulso rápido y débil, mareos, debilidad, sensación de sed, hipotensión arterial, zumbido de oídos, evolución a shock hipovolémico.

Signos y síntomas más frecuentes en una hemorragia interna.
- Presencia de sangre en el vómito.
- Presencia de sangre por vagina o recto.
- Hematomas en distintas zonas del cuerpo.
- Abdomen duro o muy sensible.
- Signos y síntomas de shock.

La consecuencia o complicación más importante de una hemorragia es la aparición de un cuadro de shock hipovolémico; su gravedad es tal que puede provocar

pérdidas de conciencia, coma y la muerte del paciente.

CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORRAGIAS.
Las hemorragias se pueden clasificar de la siguiente manera:
- Internas: es cuando la sangre se acumula debajo de la piel o dentro del organismo y no sale al exterior.
- Externas: en éstas, la sangre no se acumula en el interior sino que sale fuera del organismo.
- Exteriorizadas: corresponde a hemorragias internas en las que la sangre sale al exterior por diferentes orificios naturales.

Dependiendo del tipo de vaso sanguíneo, puede ser:
- Hemorragia arterial: la sangre en este tipo de hemorragia tiene un color rojo muy intenso y además, sale a borbotones debido al pulso arteriales.
- Hemorragia venosa: la sangre en este tipo de hemorragia sale de continuo, sin parar pero en poca cantidad, es de color rojo menos intenso a diferencia de la arterial.
- Hemorragia capilar: brota de múltiples puntos en forma de sabana.

Según la procedencia de la hemorragia se habla de:
-Hematemesis: sangre del aparato digestivo, en el vómito.
-Melenas: sangre negra del aparato digestivo, en heces.
-Rectorragia: sangre roja por el ano.
-Gingivorragia: hemorragia en las encías.
-Otorragia: hemorragia por el oído.
-Epíxtasis: hemorragia por la nariz.
-Hemoptisis: esputo de sangre roja del pulmón.
-Petequías: hemorragias cutáneas.
-Equimosis: acumulación de sangre en piel externa.
-Hematuria: sangre en la orina.
-Hemotórax: derrame sanguíneo en la cavidad pleural.
-Menorragia: hemorragia de la menstruación.
-Metrorragia: hemorragia genital femenino de carácter patológico.

ACTUACIÓN ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE HEMORRAGIAS.
Las formas de actuar ente una hemorragia varían según la procedencia de dicha hemorragia. Vamos a centrarnos en las cuatro siguientes.

Actuación ante hemorragias externas.
-Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, valorar la respiración y circulación.

-Tumbar al paciente.
-Retirar la ropa de la zona que sangra.
-Aplicar presión directa sobre la herida (10 minutos) con apósitos limpios.
-Si no hay fractura, elevar la zona.
-Colocar un vendaje comprensivo sobre la herida.
-Si no cesa la hemorragia presionar en los puntos de comprensión arterial.
-Si no cesa la hemorragia y peligra la vida hacer un torniquete.

Actuación ante hemorragias internas.
-Debemos de asegurarnos de que la vía aérea es permeable, también tenemos que controlar la respiración y la circulación.
-Hay que intentar prevenir que el paciente no entre en estado de shock hemorrágico.
-Controlaremos y comprobaremos la frecuencia cardíaca, y además, que el paciente está consciente y respira bien.
-Para que el paciente no pierda calor, debemos de taparle.
-Llevar de forma rápida al paciente en posición antishock a un centro sanitario.

Actuación ante la aparición de epistaxis ó hemorragias de nariz.
-Colocar al paciente sentado; debemos de ponerle la cabeza hacia adelante para evitar que trague sangre.
-Decirle al paciente que tiene que respirar por la boca y que procure no toser ya que si no se puede deshacer el coágulo y atragantarse.
-Con los dedos índice y pulgar debemos de apretar el tabique nasal durante unos minutos para que no siga sangrando.
-Si aún sigue sangrando hay que hacerle un taponamiento con gasa humedecida.

Actuación ante otorragias ó hemorragias de oído.
-Dependiendo el oído que esté afectado, debemos de poner al paciente en posición decúbito lateral derecho o izquierdo; si es el derecho el oído afectado, debemos ponerlo sobre el lado derecho y viceversa.
-Para que la sangre fluya sin problemas, nunca pondremos apósitos ni gasas en el oído.
-Llevar al hospital al paciente a la mayor brevedad posible

5 Discusión-Conclusión

La hemorragia supone una situación clínica de gravedad para el enfermo que la padece. Un conocimiento adecuado de los tipos de hemorragia, forma de pre-

sentación y manejo permitirá un diagnóstico y tratamiento más precoz. Es fundamental la rápida detección de la hemorragia para disminuir la morbilidad asociada a la misma y la rapidez con la que actuemos ante ella.

En conclusión, las hemorragias se pueden localizar en diferentes puntos o zonas lo cual dificulta en ocasiones la manera de diagnosticar de forma rápida y eficaz y lo que hay que hacer ante cualquiera de ellas; lo fundamental es mantener al paciente hemodinamicamente estable y trasladarlo a la mayor brevedad posible a un centro ambulatorio o a un centro hospitalario y dependiendo de la gravedad de la hemorragia

6 Bibliografía

Vieux N, Jolis P. Manual de socorrismo. Ed: Barcelona;Elicien; 1979.
Ramírez del Hoyo J. director. Primeros auxilios en caso de accidente. Vendajes. Botiquín. En: Auxiliar de clínica.
Patología y socorrismo. Ed: Editex; 1989 T20 / 503-526.
Ramírez del Hoyo J. director. Principios generales de socorrismo. En: Auxiliar de clínica. Patología y socorrismo. Ed: Editx; 1989 T19 / 465-502.
-Pérez de la Plaza E, Fernández Espinosa A. Procesos en los que interviene el Auxiliar de Enfermería relacionados con situaciones de emergencia. En: Auxiliar de enfermería. Ed:
Madrid; McGraw Hill-Interamericana; 1996 C11 /533-580

Capítulo 170

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y SVB

VANESA INIESTA PULIDO

MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO

ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

1 Introducción

En este trabajo, se hablará de los primeros auxilios, de la conducta Proteger, Avisar y Socorrer (PAS), y de la Reanimación Cardio Pulmonar, de lo importante que es cada una y como hay que llevarlas a cabo. Es importante que todas las personas sepan reaccionar ante una situación de accidente inesperada, con unos conocimientos mínimos para saber abordar la situación. Por ello en muchos colegios se enseña la Reanimación Cardio Pulmonar Básica.

Los primeros auxilios son una media de urgencia que se adoptan cuando se produce un accidente, hasta que la persona se recupera, o recibe atención sanitaria mejor. Es importante siempre mantener la calma en todo momento, siempre es mejor no hacer nada que hacerlo mal. Se debe de seguir la conducta PAS:

- Proteger: se debe explorar el lugar del accidente y protegerlo para evitar más peligros o daños. Señalizar el lugar de accidente.
- Avisar: se debe de llamar a emergencias 112, informar del accidente, cuantas víctimas hay, y explicar todos los detalles que nos pidan.
- Socorrer: tranquilizar y socorrer a la víctima/as, y aplicar protocolos de primeros auxilios siempre que se pueda.

Como norma general, siempre se atiende primero las lesiones más graves, de no ser así puede provocar la muerte o lesiones más graves a la víctima.
Ante cualquier accidente siempre debemos de comprobar:
- Nivel de consciencia y respuesta los estímulos (verbales o dolorosos).
- Comprobar si la vía aérea está abierta y no hay nada que obstaculice.
- Si hay respiración espontánea.
- Y si hay hemorragias arteriales abundantes.

Las personas que realicen la evacuación de las víctimas, deben de informar a los sanitarios, de la valoración del accidentado en el momento, los protocolos que se apliquen, si se aplican torniquetes y a la hora que se aplicaron, pérdida de conocimiento, entre otras.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Destacar la importancia de la conducta PAS.

Objetivos secundarios:
- Exponer unos conocimientos básicos de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP).
- Saber tratar en distintas situaciones sin causar más peligro a la víctima o a nosotros mismos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y consultado artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas. Búsqueda en revistas de ciencia, y audio-videos.

4 Resultados

Llamamos accidente a una lesión corporal, causada por acciones violentas, súbitas, externas y ajenas. Se puede presentar de forma inesperada, pudiendo causar la muerte o dañar la salud importantemente.
SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB).
Son procedimientos que se aplican a víctimas con parada cardiorrespiratoria (PCR), para sustituir y reinstaurar la función fisiológica del corazón y los pulmones, aportando O2 a las células, y especialmente a las del cerebro. El cerebro

sufre una hipoxia intensa (falta de O2) aproximadamente durante 4 minutos, después de este tiempo si no se instaura la oxigenación se pueden producir lesiones irreversibles y permanentes.

En el Soporte Vital Básico se emplean unas ciertas maniobras:

- Evaluar el nivel de consciencia:

Nos arrodillaremos junto a la víctima, le hablaremos alto y claro para ver si responde a los estímulos, se puede pellizcar o zarandear con suavidad. Si responde a estímulos, está consciente, se le dejará en la Posición Lateral de Seguridad (PLS), y se volverá a comprobar el nivel de consciencia cada cierto tiempo.

Si no responde a estímulos, esta inconsciente, se pedirá ayuda y llamaremos a emergencias.

- Abrir la vía aérea:

Se aplicará la maniobra de frente mentón que es una hiperextensión del cuello, con esto evitamos que la lengua interponga el paso del aire a los pulmones. Se colocará a la víctima en decúbito supino en una superficie lisa y plana, se colocará una mano en la frente y otra en el mentón, si está inconsciente, a ser posible se podrá colocar una cánula de Guedel.

- Comprobar la respiración:

Se comprobará si respira o no, o si no lo hace con normalidad. Se observará el movimiento del tórax, escucharemos la salida y entrada del aire inspirado y sentiremos el calor y la humedad del aire exhalado.

- Restablecer la circulación:

No se debe de tardar más de 10 segundos en comprobar el pulso, se realizará un masaje cardiaco para comprimir el corazón, para provocar la salida de la sangre acumulada.

Se colocará a la víctima en una superficie plana y lisa con los brazos y piernas estirados. Se aflojará la ropa que pueda comprimirle.

Localizaremos el centro del pecho, en la mitad inferior del esternón y colocaremos el "talón de la mano", y sobre esta la otra mano entrelazando los dedos. Dejamos caer nuestro peso encima, con nuestros brazos extendidos y perpendiculares, comprimiendo el pecho de la víctima (sístole). En niños se realiza con una sola mano, y en lactantes con los dedos índice y corazón.

Entre una compresión y otra la presión que se aplica se va relajando (diástole). Se realizan 30 compresiones torácicas y 2 insuflaciones, con una frecuencia de 100 compresiones por minuto.

Si la víctima se recupera, colocarla en PLS.

- Restablecer la respiración:

El método más empleado es el boca a boca, o boca nariz, también se utilizan

ambues, mascarillas o protectores faciales. Se pinzará la nariz con los dedos, y cubriremos con nuestra boca la boca de la víctima. Se insuflará la mayor cantidad de aire posible. Se realizarán 2 insuflaciones combinadas con 30 compresiones. En niños y lactantes se insuflará menos cantidad de aire.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA (RCP).

Es la acción conjunta entre el masaje cardiaco y la respiración artificial ante una parada cardiorrespiratoria. Se aplica cuando la víctima esta inconsciente. Se debe de realizar en el lugar donde ocurre y lo antes posible.

- Se colocará a la víctima en decúbito supino.
- Maniobra de frente mentón.
- Se realizarán las compresiones torácicas combinadas con insuflaciones 30:2.
- Si se recupera se colocará el PLS, hasta ser atendido por personal médico o trasladado a un centro sanitario.
- En caso de tener un desfibrilador automático (DESA), aplicaremos una descarga siguiendo las instrucciones de la máquina.

ASFIXIAS Y ALTERACIONES RESPIRATORIAS.

La asfixia es la dificultad o la suspensión para respirar causada por la disminución o falta de O2 en el aire que espiramos (hipoxia).

Puede ser causada por:

- Obstrucción de las vías respiratorias altas: cuerpos extraños, tóxicos, ahorcamientos, etc.
- Disminución de la cantidad de O2 en el aire inspirado: humo, polvo, gas, etc.
- Transporte inadecuado de O2 por hematíes: transporte de O2 con otros contaminantes del aire (monóxido de carbono).

Se clasifican en:

- Lívida o azul: falta de O2 en sangre.
- Pálida o blanca: palidez de la piel, debilidad, etc. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPOS EXTRAÑOS (OVACE).

Es una obstrucción total o parcial que se produce por un cuerpo extraño que se encuentra en la garganta o en vías respiratorias. Se aplican unas ciertas maniobras para su eliminación:

- Si la víctima respira y puede hablar le decimos que tosa para eliminar el cuerpo extraño y la obstrucción.
- Si lo podemos ver lo retiraremos haciendo una pinza con los dedos, intentando no desplazarlo hacia adelante.
- Si la víctima no puede hablar nos colocamos por detrás sujetando el pecho con una mano, inclinándolo a la víctima hacia adelante.
- Daremos 5 golpes secos con el talón de la otra mano para provocarle tos

- Si no conseguimos eliminar el cuerpo extraño, haremos la maniobra de Heimlich.
MANIOBRA DE HEIMLICH.
- Nos colocamos detrás de la víctima.
- Hacemos un puño con la mano y lo ponemos entre el ombligo de la víctima y la apunta del esternón.
- Con la otra mano cogemos el puño y presionamos fuerte el abdomen, realizando movimientos hacia arriba y hacia adentro.
- Repetir 5 veces.
- Cada 5 minutos revisar el estado de la víctima y si no remite llamara a emergencias.
En caso de niños menores de un año:
- Colocarlos en decúbito prono sobre nuestro antebrazo y la mano.
- Sujetarle la cabeza firmemente.
- Golpearle la espalda con el talón de la otra mano 5 veces.
- Comprobarle la boca y retirar el cuerpo extraño si lo podemos ver.
- Si continúa llamar a emergencias.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de encontrarnos con alguna situación ya sea leve o grave, con estas pautas podremos llevar a cabo las distintas maniobras en cada situación. Sabremos como actuar, y cómo ayudar y proteger a las víctimas. A la hora de un accidente o una situación grave, saber actuar rápido y con una serie de pautas puede evitar daños y complicaciones mayores. Pero siempre hay que estar tranquilos y mantener la calma. Es muy necesario que las personas sepan esta serie de pautas. En mi opinión se debería de dar más charlas e información a la población, y también sobre el uso de los desfibriladores.

6 Bibliografía

1. Guia American Heart Association (AHA) de 2010 para la RPC y ACE (Atención Cardiovascular de Emergencia).
2. Alspach, J. G y Williams, S.M. 1998: Cuidados intensivos de enfermería en el adulto. 5ª edición. Interamericana S.A.
3. Cruz Roja 2003: Manual Cruz Roja de primeros auxilios. Editorial. El País Aguilar.

4. Kirby, N. G. y Mather, S.J 1988 Manual de Primeros Auxilios. 7ª edición. Interamericana.

Capítulo 171

NUTRICIÓN ENTERAL: ACTUALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DAVID GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

La nutrición enteral (NE) es la técnica de soporte nutricional indicada en aquellos pacientes que no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales con la ingesta oral habitual, y presentan función conservada y suficiente del tracto gastrointestinal.

Las fórmulas de nutrición enteral son alimentos dietéticos que proporcionan los macronutrientes y micronutrientes suficientes para cubrir los requerimientos nutricionales de los distintos tipos de pacientes y además permiten incorporar nutrientes con propiedades farmacológicas, con los que se pretende modular la respuesta catabólica e inmunitaria del paciente. Se administran a través de una sonda, catéter o estoma.

Una adecuada selección de la fórmula enteral se lleva a cabo conociendo las características de los compuestos, la patología o condición clínica del paciente y la vía de acceso más adecuada. Ampliar la destreza en la monitorización y el seguimiento clínico del paciente con NE es clave para garantizar la máxima eficacia, así como conocer las interacciones entre los medicamentos y la NE y para reducir el número de complicaciones asociadas a esta técnica de soporte nutricional.

Las complicaciones de la nutrición enteral son mucho menores que las descritas para la nutrición parenteral, lo que afianza más su utilidad en determinados grupos de pacientes, que gracias a los avances en los últimos años, al mejorar el tipo de formulas, equipos de administración y técnicas de acceso, este grupo de pacientes y condiciones clínicas es cada vez mayor.

2 Objetivos

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la NE, sus indicaciones y contraindicaciones, ventajas sobre la nutrición parenteral y como monitorizar a los pacientes que reciben tratamiento nutricional con ésta.

3 Metodología

Para desarrollar el siguiente trabajo se realizó una búsqueda en diferentes fuentes bibliográficas. Se consultaron las herramientas recogidas en el grupo de trabajo de nutrición de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), donde se encuentran los principales manuales de soporte nutricional y las guías publicadas por las distintas sociedades científicas relacionadas con la nutrición, como son la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) y la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN). Por último, se realizó una búsqueda manual a través de internet en revistas y organismos públicos. La información obtenida de las distintas fuentes consultadas fue analizada, resumida y redactada con la finalidad de que sirva como guía para adquirir los conocimientos de los principales conceptos sobre nutrición enteral.

4 Resultados

La NE es una técnica de soporte nutricional especializado por la cual se administran nutrientes directamente al aparato digestivo, mediante fórmulas químicamente definidas, a través de la vía oral o mediante sondas nasoenterales u ostomías. Su finalidad es corregir o mejorar el estado nutricional, o bien prevenir su deterioro a través del aprovisionamiento de los requerimientos nutricionales totales o parciales de los pacientes. Antes de decidirse por una NE, se debe intentar que el paciente se alimente por vía oral. Siempre que sea posible se debe optar

por la NE frente a la NP, ya que es más fisiológica, se asocia a menos complicaciones en número y gravedad, es más fácil de preparar y administrar, y supone un menor coste. Además la NE tiene un efecto trófico sobre la mucosa intestinal, al mantener la integridad estructural y funcional de la pared y colabora en la función barrera, impidiendo el paso de gérmenes y toxinas al interior del organismo.
INDICACIONES DE LA NE: El empleo de NE debe considerarse en aquellos pacientes con una ingesta oral de nutrientes insuficiente y tracto gastrointestinal funcional. En paciente crítico se considera ingesta oral insuficiente cuando es inferior al 70 % de sus necesidades de tres a siete días. Según la integridad anatómica y funcional del aparato digestivo las indicaciones de la NE suelen clasificarse en tres grupos
1. Aparato digestivo anatómica y funcionalmente intacto (alteraciones de la deglución): a. Mecánicas: estenosis, tumores… b. Neuromotoras: accidente cerebro vascular, alteración de la conciencia, desmielinizantes… c. Ingesta imposible o insuficiente: anorexia, insuficiencia renal crónica, ventilación mecánica…
2. Aparato digestivo anatómicamente intacto y funcionalmente alterado: a. Malabsorción. b. Pancreatitis aguda grave. c. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) grave o recidivante. d. Fístula externa biliar o pancreática . e. Enteritis postquimioterapia, radioterapia.
3. Aparato digestivo funcionalmente intacto y anatómicamente alterado: a. Resección parcial intestinal. b. Síndrome intestino corto. c. Algunas fístulas de intestino delgado. d. Postoperatorio cirugía digestiva alta (esófago, estómago, páncreas).

CONTRAINDICACIONES: La NE está contraindicada cuando el tracto gastrointestinal no esté funcionante ni accesible y/o se requiera mantener en reposo.
En la revisión de las recomendaciones realizadas por American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) y Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias y la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SEMICYUC-SENPE), se refuerza el papel predominante de la NE.
Algunas de las contraindicaciones absolutas y relativas de la NE se resumen a continuación. Las contraindicaciones relativas están condicionadas por la situación clínica del paciente, la gravedad del proceso y el fracaso previo de la NE.
- Contraindicaciones absolutas: Hemorragia digestiva activa, íleo paralitico, obstrucción intestinal completa, perforación gastrointestinal, malabsorción grave.
- Contraindicaciones relativas: Fístulas entéricas, EII en fase aguda, síndrome de intestino corto (50cm), pancreatitis aguda grave, vómitos incoercibles.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL:

Existen un gran número de fórmulas de NE comercializadas. Según el tipo de soporte pueden ser:

- Dietas completas: adecuadas para cubrir las necesidades nutricionales de los pacientes cuando se utilizan como única fuente de alimentación.
- Suplementos orales (SO): diseñados para cubrir determinados desequilibrios o aportes insuficientes de la dieta habitual del individuo que no se pueden cubrir con consejo dietético. No siempre cubren todos los requerimientos nutricionales.
- Módulos nutricionales: preparados constituidos normalmente por un único nutriente, o excepcionalmente de varios, que se utilizan para el tratamiento de errores congénitos del metabolismo, para completar dietas deficitarias en calorías y para la preparación de las dietas modulares completas. Su empleo mayoritario, en este último caso es en lactantes y niños de corta edad. Tipos: módulos hidrocarbonatados, lipídicos, proteicos, mixtos y espesantes.

Las fórmulas de NE completas deberán estar formadas por los tres nutrientes básicos: proteínas, grasas e hidratos de carbono, además de electrolitos, oligoelementos y vitaminas. Entre los nutrientes no energéticos hay que incluir el agua. La distribución calórica de los distintos componentes de la nutrición enteral puede variar en función de las distintas situaciones patológicas.

CLASIFICACIÓN DE LOS PREPARADOS DE NUTRICIÓN ENTERAL: Las dietas completas pueden clasificarse según:

1. Forma molecular de los nutrientes: a. Poliméricas: los nutrientes se encuentran en su forma completa. Las proteínas intactas sin hidrolizar, los hidratos de carbono suelen ser polímeros de glucosa y los lípidos están constituidos en su mayor parte por LCT, aunque también llevan algo de MCT. Entre sus ventajas podemos citar la baja osmolaridad, agradable sabor y presentación, lo cual da lugar a una mejor aceptación por parte del paciente. b. Oligoméricas (peptídicas): las proteínas hidrolizadas hasta cadenas de dos a seis aminoácidos y algún aminoácido libre. Los hidratos de carbono parcialmente hidrolizados. Las grasas en proporción variable como MCT. Principal inconveniente una mayor osmolaridad y sabor desagradable. c. Monoméricas (elementales): constituidas por aminoácidos libres en su forma L (biológicamente activas), hidratos de carbono como monosacáridos u oligosacáridos y lípidos MCT junto con ácidos grasos esenciales. Elevada osmolaridad como principal inconveniente, con el consiguiente riesgo de diarreas hiperosmolares, por lo que requieren administración lenta y progresiva.
2. Densidad calórica (determina las calorías y el agua que se aporta): a. Normocalóricas: densidad comprendida entre 0,9-1,1 Kcal/ml. b. Hipercalóricas: >1,1 Kcal/ml (1,5-2 Kcal/ml), fórmulas energéticas o concentradas. c. Hipocalóricas: < 0,9 Kcal/ml.

3. Contenido proteico respecto al valor calórico total: a. Normoproteícas: < o igual a 18%. b. Hiperproteicas: > 18%.
4. Osmolalidad/osmolaridad: a. Isosmolar o isotónica: < 350 mOsm/Kg (300mOsm/L). La ideal, más cercana a la plasmática. b. Osmolaridad moderada: 350-550 mOsm/Kg (300-400mOsm/L). c. Hiperosmolar o hipertónica: > 550mOsm/Kg.
5. Contenido en fibra: a. Con fibra: proporción variable de fibra soluble e insoluble. b. Sin fibra.
6. Indicación: a. Estándar: no precisan una composición especial de nutrientes debido a la enfermedad de base. Normoproteicas, normocalóricas con o sin fibra. b. Especiales: para pacientes con enfermedad o situaciones metabólicas específicas: b.1. Insuficiencia hepática: rica en aminoácidos ramificados (leucina, isoleucina, valina), ricas en hidratos de carbono y en MCT, baja en electrolitos. Utilidad relativa, queda relegada para casos de encefalopatía hepática. b.2. Insuficiencia renal: aporte variable de proteínas en función de la diálisis (15-18% del VCT) o la prediálisis (5-10% del VCT). Densidad calórica alta. Iones con bajo aporte en sodio, potasio y fósforo. b.3. Insuficiencia respiratoria: reducción de hidratos de carbono y aumento de grasas para mejorar el cociente respiratorio. b.4. Diabetes e hiperglucemia: contenido moderado de hidratos de carbono, de absorción lenta, alto contenido de fibra soluble/fermentable. Respecto al aporte de lípidos suele ser mayor al 40% VCT. b.5. Inmunomoduladoras: baja relación Kcal/g N, enriquecidas con glutamina, arginina, nucleótidos, ácidos grasos omega 3 y otros elementos necesarios en mayores cantidades en situaciones de estrés, neoplasias o hipermetabolismo. Evidencia escasa y variable en diferentes patologías.

ELECCIÓN DEL TIPO DE DIETA: La selección de las fórmulas de NE se puede realizar en función de los siguientes criterios de clasificación:
- Criterios mayores: contenido proteico, densidad calórica, vía de administración y coste.
- Criterios menores: osmolaridad, complejidad de los sustratos, contenido y fuente de las grasas, contenido en residuo, lactosa, electrolitos y minerales, forma galénica y estudios clínicos.

La fórmula a elegir dependerá de aspectos como la capacidad funcional del tracto digestivo, afectación orgánica, requerimientos calóricos y proteicos, grado de desnutrición, requerimientos líquidos, tolerancia hídrica, pérdida de eficacia de nutrientes y duración prevista del tratamiento.
Inicialmente, se debe optar por las dietas sin fibra. En dietas de larga duración o estreñimiento pueden elegirse dietas con fibra soluble e insoluble (en proporción variable) y en diarreas asociadas a NE puede optarse por fibra 100% soluble.

Otras características de la fórmula que se deben tener en cuenta son: la presentación, sabor (formas neutras son mejor toleradas por sonda que las saborizadas), textura (líquida, miel, pudding) y viscosidad.

COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL: La administración del soporte nutricional por vía enteral es un procedimiento relativamente seguro.
Aunque puede producir complicaciones graves e incluso mortales, la mayoría de ellas son de carácter leve y pueden conducir a un aporte insuficiente de nutrientes. La prevención y tratamiento de estas complicaciones permite, en la mayoría de las ocasiones, mantener esta modalidad de soporte nutricional ya que una de las consecuencias de la aparición de complicaciones es que implica la disminución de los aportes y el riesgo de no nutrir correctamente, conllevando a las posibles consecuencias de la malnutrición.
Las posibles complicaciones de la nutrición enteral son fundamentalmente de cuatro tipos: mecánicas, infecciosas, gastrointestinales y metabólicas.
1. Gastrointestinales: a. Nauseas, vómitos y regurgitación. b. Distensión abdominal: refleja un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y la capacidad del tubo digestivo para su metabolización. c. Aumento del residuo gástrico: principal causa la gastroparesia. Tratamiento farmacológico: metoclopramida, domperidona (de elección en parkinson), eritromicina y antieméticos. d. Estreñimiento: más frecuente en ancianos, encamados, deambulación restringida, abuso crónico de laxantes, dieta sin residuo, fármacos (opiáceos, benzodiacepinas, anticolinérgicos), alteraciones de la motilidad intestinal o del balance hídrico intestinal. El mayor peligro es la impactación fecal. Manejo: NE incrementada en fibra, fórmulas menos concentradas, favorecer la hidratación y si continua, emplear laxantes/enemas. e. Diarrea: es la complicación más importante. La diarrea precoz (primeros 4-5 días) se relaciona con alteraciones metabólicas en la absorción de la dieta. La diarrea tardía no suele relacionarse con la dieta siendo su origen multifactorial. Los principales factores relacionados con la diarrea son: dieta (osmolaridad, lactosa, sorbitol, grasa, bajo contenido en sodio), administración (no temperaturas extremas, más frecuente en bolo, a velocidades más rápidas, o grandes volúmenes sobre todo infundida en intestino), fármacos (antibióticos, laxantes procinéticos, anti-H2, antiinflamatorios, antitumorales), infecciones (C. difficile y a veces, C. albicans) y enfermedades (EII, diabetes).
2. Mecánicas: Cada vez menos frecuentes y menos graves debido al uso de sondas de pequeño calibre de poliuretano o silicona. Las complicaciones pueden estar relacionadas con: a. Sonda nasoenteral: lesiones nasales y esofágicas. b. Ostomías: fugas alrededor del estoma/eritema, granuloma, fístula gastrocolocutánea, síndrome buried bumper, retirada prematura del tubo de alimentación, sangrado. c.

Sondas nasoentéricas y ostomía: colocación incorrecta de la sonda y obstrucción.
3. Metabólicas: a. Alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono: hiperglucemia (principalmente en pacientes diabéticos inestables con elevado estrés metabólico y resistencia a la insulina, uso de corticoides y efecto rebote de la alimentación. Actuación: ajustar aportes, control de glucemias, hipoglucemiantes) e hipoglucemia (causada por retirada brusca de la alimentación, exceso de antidiabéticos. Prevención: retirada progresiva, aportar glucosa). b. Desequilibrio hídrico: Deshidratación (sequedad de la piel y mucosas, aumento de sodio plasmático. Causado por aportes hídricos insuficientes, perdida de líquidos (debido a vómitos, diarreas, fistulas de alto débito, fiebre, sudoración) o dietas hipertónicas. Ajustar el aporte según balance hídrico, control de peso, osmolaridad, urea y creatinina, valorar fórmulas isotónicas) y sobrehidratación (ocurre por disminución de la diuresis y/o hipoalbuminemia). c. Alteraciones electrolíticas: Hipopotasemia (es la más frecuente, por el uso de fármacos o realimentación), hiperpotasemia (se relaciona con el fracaso renal agudo o crónico), hiponatremia en quirúrgicos y politrauma (asociada a SIADH), hipofosfatemia (puede provocar depresión de la conciencia, debilidad muscular o insuficiencia respiratoria aguda), síndrome de realimentación (caracterizado por hipofosfatemia, hipopotasemia e hipomagnesemia) y alteraciones de los oligoelementos (suelen aparecer en nutriciones prolongadas cuando existe síndrome de malabsorción intestinal. Podría haber perdidas en los drenajes de las fístulas, así como en los pacientes con hepatopatías crónicas, tratamiento con corticoides, politrauma o fracaso multiorgánico).
4. Infecciosas: Las dos complicaciones que comprometen la vida del paciente son infecciosas: la neumonía por broncoaspiración y la peritonitis. Estas complicaciones pueden estar relacionadas con: a. Sondas nasoenterales: absceso del septo nasal, sinusitis, otitis. b. Ostomías: fascitis necrotizante, peritonitis e infección del estoma (frecuente). c. Sondas nasoentéricas y ostomías: aspiración y neumonías por aspiración. Causadas por disminución del nivel de conciencia, alto grado de estrés (críticos), edad, estado inmunitario y comorbilidades.
La contaminación de la dieta es poco frecuente con los preparados comerciales estériles.
Por último, destacar las complicaciones psicológicas: Dificultades de acceso a la nueva situación debido a la alteración de la imagen corporal y/o incapacidad de saborear alimentos. Actuación: soporte psicológico, buscar la vía más adecuada, permitir en determinados pacientes comida en boca para saborearla.
MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO: La monitorización del paciente con NE es clave para conseguir la máxima eficacia y seguridad del soporte nutricional.

Es recomendable revisar la colocación de la SNG, el lugar de inserción en el caso de ostomías, la cantidad diaria aportada por la NE, la ingesta oral (si la hubiese), el estado de hidratación, balances hídricos en algunos casos y el residuo gástrico. a. Cuidado de las vías de acceso: Lavado e higiene de manos para su manipulación, comprobación de la correcta posición de la sonda mediante radiografía, en su defecto mediante medida de pH (al menos dos técnicas indirectas) antes de iniciar NE y antes de cada toma de alimentación, movilización sobre sí mismas (yeyunostomías no debe girarse por riesgo de desplazamiento) y cambiar de forma periódica la fijación de la sonda. Para prevenir lesiones por presión y aparición de escaras es importante el cuidado de la piel y mucosas, limpieza de la sonda con agua templada antes y después de cada toma de alimentación, de la medicación, después de la aspiración de residuos gástricos y cada 4-6 horas en casos de administración continua, y elegir el calibre adecuado, tener en cuenta la viscosidad del producto y las interacciones entre fórmulas farmacéuticas y NE es importante para la prevención de las oclusiones. b. Prevención de broncoaspiración: Identificar el paciente con riesgo de broncoaspiración (pacientes ancianos especialmente con demencia o marcada caquexia, pauta de alimentación nocturna, pacientes en posición persistente de decúbito, en tratamiento opioide, anticolinérgico o anticomicial, ventilación mecánica, entre otros), colocación del paciente (elevar el cabecero de la cama de 30 a 45º durante y una hora después de la administración de la nutrición. Si la administración es continua mantener durante todo el día al paciente incorporado), monitorización del residuo gástrico (no existe un consenso respecto al volumen gástrico residual considerado como aceptable. Si se realiza debe ser antes de cada toma. Es importante sobre todo en pacientes críticos), evitar el uso innecesario de antibióticos, narcóticos y sedantes. c. Tolerancia a la nutrición enteral: Esta evaluación se realiza a través de diferentes parámetros: dependientes del paciente (dolor abdominal, pesadez estomacal, náuseas), relacionados con la exploración física gastrointestinal (vómitos, diarrea, estreñimiento, distensión abdominal) y generales (auscultación cardiopulmonar patológica). d. Transición de nutrición enteral a la vía oral: Si el paciente no presenta disfagia el inicio de la alimentación oral se realizará de manera progresiva con líquidos habitualmente, a pequeños volúmenes disminuyendo paralelamente la NE. Si presenta alteración de la deglución debe realizarse una prueba de deglución para valorar volumen y textura apropiados. Se podrá retirar acceso enteral cuando el paciente cubra más del 50% de sus requerimientos nutricionales por vía oral.

5 Discusión-Conclusión

La NE ha demostrado ser eficaz como estrategia terapéutica disminuyendo las complicaciones de muchos pacientes, el periodo de hospitalización, la mortalidad y la translocación bacteriana.
Además, es una técnica eficaz y sencilla, de fácil manejo y con escasas complicaciones. Su práctica sin embargo debe adaptarse a unas normas precisas de actuación para conseguir los objetivos deseados y evitar complicaciones.
Es de gran importancia considerar que la práctica del seguimiento de la eficacia de la NE debe llevarse a cabo en cada entorno de trabajo para conocer los datos propios de cada centro y plantear las medidas correctoras necesarias para su mejora.

6 Bibliografía

Stroud M, Duncan H, Nightingale J; British Society of Gastroenterology. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. Gut. 2003 Dec;52 Suppl 7(Suppl 7):vii1-vii12.
American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. Clinical Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients, 2009. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2009 May-Jun;33(3):255-9.
Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, Hiesmayr M, Mayer K, Montejo JC, Pichard C, Preiser JC, van Zanten ARH, Oczkowski S, Szczeklik W, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):48-79.
Fernández-Ortega J.F., Herrero Meseguer J.L, Martínez García P. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Indicaciones, momento de inicio y vías de aporte. Med Intensiva. 2011; 35 (Supl 1):7-11.
Leon J, Halasa D, Kochevar M. Fórmulas de Nutrición Enteral. En: Gottschlich M, Editora. Core Currículum en Apoyo Nutricional, Unidad 2; Fundamentos clínicos del apoyo nutricional. 2ª ed. Madrid: Drug Farma; 2008: 29-72 .
Jáuregui Velázquez C, Gómez Duro A, García Calavia P, Aguado Jiménez AC. Nutrición enteral: ventajas, cuidados de enfermería y complicaciones. Ocronos. 2020;3(4):416.
Real Decreto 1091/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria específica de los alimentos dietéticos destinados a usos médicos

especiales.
Del Olmo D. Productos dietéticos para usos nutricionales específicos. En: Gil Hernández A, director. Tratado de Nutrición, tomo IV; Nutrición Clínica. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010: 253-79.
Leyes P. Nutrición Enteral: Concepto, indicaciones y fórmulas. En: Coral Calvo Bruzos S., Gómez Candela C., Planas Vila M. Manual de Nutrición Artificial Domiciliaria. 1ª edición. UNED. Madrid; 2008: 211-35.
Del Olmo D, Marnez de Icaya P, Alcázar Lázaro V, et al. Nutrición Enteral. En: Vázquez C, Santos Ruiz MA, editores. Vademécum de nutrición artificial. 7ª ed. Madrid: Diaz de Santos; 2009: 65-546.
Planas M. Conceptos prácticos en nutrición enteral y parenteral. 1ª ed. Madrid: Mayo; 2008.
Mesejo Arizmendi A, Acosta Escribano J, Vaquerizo Alonso C. Nutrición enteral. A. Gil Hernández. Tratado de Nutrición. Tomo IV: Nutrición Clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2010: 117-142.
Herrero Meseguer JI, Lopez-Delgado JC, Martínez García MP. Recommendations for specialized nutritional-metabolic management of the critical patient: Indications, timing and access routes. Metabolism and Nutrition Working Group of the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC). Med Intensiva (Engl Ed). 2020 Jun;44 Suppl 1:33-38.

Capítulo 172

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

SUSANA GARAY BALSA

SILVIA PASCUAL SIERRA

ANA COSÍO PÉREZ

1 Introducción

La urgencia sanitaria es la apariencia fortuita, inesperada o imprevista en cualquier lugar o actividad de problemas de salud de diversa gravedad y causas que requieren de atención médica de urgencia.
El trabajo de los servicios de urgencias es un trabajo de equipo y debe estar muy coordinado y todos deben saber cual es el papel a desempeñar.
Uno de los ámbitos en los que el TCAE suele operar es principalmente el hospitalario, puede participar en consultas, quirófanos, unidades especiales etc.
Entre todos los servicios uno de los más reconocidos es el servicio de urgencias, cuya actividad es la base del trabajo del centro hospitalario.
Los Tcae junto con médicos y enfermeras forman un equipo para la atención de los pacientes hasta el alta o el traslado a planta. La atención de una urgencia debe ser imnediata e impostergable ya que puede implicar riesgo de muerte o secuela funcional grave.
El tcae tiene opciones muy diversas y amplias dependiendo del servicio para el que trabaje.

Se puede decir que el trabajo en urgencias hospitalarias, es el campo donde confluye todo, porque es un lugar para tratar enfermedades de todo tipo y edad y para poner en práctica todos los conocimientos adquiridos

2 Objetivos

- Investigar sobre las competencias del Auxiliar de Enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias.
- Conocer las funciones del Auxiliar de Enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros de la misma forma también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Tcae que trabaja en el servicio de urgencias de un hospital, tiene que ser lo sufucientemente competente para desempeñar sus respectivas funciones con la mayor tranquilidad y profesionalidad, para poder brindar al paciente la tranquilidad y confianza necesaria en estos casos.
El Tcae necesita saber como tratar a todo tipo de pacientes ya sea que tengan un simple dolor de cabeza u otros diagnósticos más graves.
Los Tcaes deben estar dispuestos para ayudar a otros compañeros médicos, enfermeras etc. Y la capacidad de trabajar en equipo, ya que el trabajo en equipo es importante para afrontar y atajar los problemas que puedan surgir en el servicio de urgencias.
Es importante ver si el paciente es autónomo, continente, y si no que tan dependiente es para saber cuanta ayuda necesita. Como cuidadores debemos ser ambles con nuestros pacientes cuando los atendemos, ser amables con ellos decirles que hacer en todo momento, conosolarlos cuando estén estresados, animarles cuando estén deprimidos transmitirles confianza y escucharlos.
A su llegada al servicio de urgencias, el paciente debe ser observado en busca de lesiones cutáneas y en el caso de haberlas comunicarlo a la enfermera que esté

al cargo.
Enter los profesionales de enfermerías los Tcae son los que más se acercan a las necesidades fisiológicas del paciente y son los encargados de recoger y registrar muestras de orina, esputos, vómitos , heces y registrarlas en las correspondientes historias clínicas.
En urgencias podemos detectar diferentes enfermedades, por lo que existen diferentes protocolos en función dela técnica a realizar.
El Tcae es el responsable de preparar a los pacientes y materiales para estas técnicas y realizar los diversos procedimientos ayudando a médicos y enfermeras a realizarlos.
El Tcae es el responsable del instrumental utilizado, su limpieza y entrega de este material al servicio de esterilización, así como también es responsable de recibir este material y de ordenar un inventario de los materiales esterilizados cuando se reciban.
Otra función del Tcae en el servicio de urgencias es comprobar el suministro de materiales en cajas y equipos, asegurarse de que todo esté en orden y conocer las incidencias existentes.
El Tcae colabora en la administración oral y rectal de los medicamentos y en la administración de enemas de limpieza. Trabajará junto con enfermería para la toma de signos vitales, registrar datos en los registros que correspondan y realizar electrocardiogramas si fuera preciso.
También trabajará en correcta gestión de residuos prestando especial atención a los riesgos asociados a su eliminación.
El Tcae es el responsable de informar a los pacientes y a sus familiares sobre las reglas en cuanto al número de visitas por paciente, los horarios y donde y cuando se puede brindar información médica.
El Tcae también es el responsable de supervisar el alta o traslado de cada paciente, asistir al paciente con todo el trabajo necesario, retirar todos los materiales usados y preparar el box para un nuevo paciente.
El Tcae debe mantener una comunicación constante con el paciente, debe saber priorizar las tareas en función de los servicios y necesidades de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

El desempeño de todo el personal que trabaja en el servicio de urgencias de un hospital, determina el desarrollo futuro de los pacientes agudos que ingresan en este servicio. Desde el personal de limpieza al personal administrativo pasando

por celadores , médicos enfermeras y tcaes, cada uno de ellos es la base y el requisito previo para una respuesta eficiente y rápida ante una emergencia.
Los estándares y protocolos uniformes son fundamentales porque facilitan el aprendizaje y agilizan las estadías hospitalarias de los pacientes, evitan posibles auditorías y eliminan reclamos que no prosperarían si se toman ciertas medidas. Igualmente importante es la estrecha relación con el paciente que convierte al TCAE en un profesional que puede brindar confianza y seguridad al paciente.

6 Bibliografía

1.La importancia del TCAE en el servicio de urgencia.Revista médico electrónica Portales médicos 2013.
2. Normativa sobre Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social del Gobierno de España

Capítulo 173

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA HECATOMBE

CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS

VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES

MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO

ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ

LAURA LEÓN CABALLERO

1 Introducción

El personal sanitario del que forma parte el técnico en cuidados auxiliares de enfermería está obligado a suministrar atención sanitaria inmediata en un rescate y posteriormente trasladar a los enfermos a instalaciones sanitarias adecuadas, para ello, es fundamental llevar a cabo una clasificación adecuada de los pacientes; dicha clasificación tiene el objetivo de priorizar la asistencia a los enfermos y también de priorizar su transporte.

La utilización de los planes de emergencia tiene como finalidad minimizar la vulnerabilidad en la que se encuentra una determinada comunidad para hacer frente a una catástrofe ocurrida. Un plan de emergencia es una organización que engloba los recursos y actuaciones en previsión a que se produzca un desastre con el objetivo de minimizar en la medida de lo posible los daños que puede ocasionar

ese desastre tanto a personas en primer lugar como a los bienes de esas personas. En el artículo 20, de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, establece la obligatoriedad por parte de las empresas de analizar los riesgos y adoptar las medidas necesarias para hacer frente a situaciones de emergencia.
El Plan de Autoprotección, es por excelencia el plan de emergencia que realiza la empresa. En relación con la responsabilidad de las administraciones públicas respecto a la protección de bienes ante riesgos, surgen los Planes de Emergencia de Protección Civil definidos como la previsión del marco orgánico y funcional, que incluye los mecanismos que permiten la movilización de los recursos humanos y materiales necesarios para la protección de las personas y bienes en caso de grave riesgo colectivo o catástrofe, donde entra en juego el nivel de coordinación de las distintas Administraciones
Públicas llamadas a intervenir.

2 Objetivos

Objetivo principal:
• Definir qué es triaje.
Objetivo secundario:
• Analizar los elementos de clasificación de las víctimas para priorizar la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Metodología
A la hora de elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión de diferentes documentos que ha dado lugar a esta investigación.
Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
Se han utilizado textos en formato digital y papel.

4 Resultados

La palabra triaje tiene su origen francés, cuyo significado es clasificar, se define como el procedimiento médico destinado a obtener la clasificación de los pacientes en categorías en relación a su pronóstico vital, de tal manera que se obtiene un orden de prioridades en su tratamiento en función del plazo de tratamiento o tiempo que puede esperar el tratamiento sin que la situación de la víctima empeore o ponga en peligro su vida. En su definición es importante el pronóstico y el plazo de tratamiento del que se dispone.

El triaje se utilizar de forma rutinaria en los servicios de urgencias intra y extrahospitalaria. Si aplicamos el concepto de triaje a una catástrofe, éste se refiere a la clasificación de las víctimas en función a su gravedad y posible pronóstico de las mismas, mediante un sistema de clasificación útil, priorizando el tratamiento en las personas con mayor probabilidad de supervivencias, de tal manera, que las personas con pocas posibilidades de supervivencia recibirán el tratamiento en último lugar. El triaje de los heridos se justifica por la necesidad de obtener un máximo rendimiento de los recursos disponibles.

De forma general las funciones propiamente dichas del triaje se resumen en tres:

- Proteger a los pacientes más urgentes.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios.
- Optimizar los recursos (materiales y humanos). Para clasificar a las víctimas se realiza un reconocimiento completo y en sentido retrógrado.

El reconocimiento completo va desde la cabeza a los pies, se levantan apósitos y vendajes, se desnuda a los pacientes. Sentido retrógrado: se evacua a la víctima al destino que se indique previamente

Los objetivos del triaje tratan de aplicar maniobras salvadoras, la asistencia inmediata, determinar el grado de urgencias, la atención a los heridos de forma ordenada, reducir tiempos de espera., evitar la saturación en la urgencia, control precoz de infecciones, mejora en la calidad asistencial, mayor probabilidad de supervivencias, controlar el flujo de víctimas, utilizar los recursos de manera racional. Iniciar medidas diagnósticas y aportar tranquilidad a los trabajadores.

Los beneficios del triaje:

• Optimización de la evacuación.
• Disponibilidad de recursos de forma funcional.
• Facilitar el trabajo sanitario tras la clasificación de los enfermos.

El objetivo es obtener con la mayor brevedad posible el mayor número de personas supervivientes. Ninguna víctima debe de ser evacuada sin que antes el equipo de triaje la haya valorado. A esta regla existen excepciones: Condiciones

meteorológicas adversas, derrumbamientos, incendios, explosiones y oscuridad. Una vez que la víctima esté clasificada y evaluada debe de ser trasladada a otro nivel para recibir el tratamiento. Las víctimas no se trasladarán en sentido retrógrado. El proceso de triaje se realizará en los puntos de norias de evacuación.
Es de suma importancia diferenciar tres aspectos en el proceso de triaje:
• Inspección: visualización precoz d ellos heridos por su posición y cercanía a los riesgos.
• Evaluación: integridad del aparato respiratorio y circulatorio.
• Decisión de tratamiento: con los datos recopilados previamente tomar la decisión del tratamiento de elección.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma un gran equipo humano, ya que en situaciones difíciles somos los que vivimos de primera mano la enfermedad de cada paciente, su mejoría y cómo mantener una calidad de vida optima cada día.
Es un profesional que es capaz de ponerse en nuestro lugar y hacernos lo más agradable posible esa complicada situación a la que todo/as estamos expuesto o hemos pasado para superar y recuperar la salud.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe formarse en este campo ya que al realizar el aseo es el primero en ver los problemas de la piel que en algunos casos es que llevan a las úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. Moya, m. (2014) Normas d actuación en urgencias. Madrid: Panamericana
2. Adams, H y col. (2008) Medicina de urgencias. Madrid: Panamericana
3. Betancourt G. (2011) Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia Cuba:
Humanidades Médicas

Capítulo 174

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL INSOMNIO DE LOS ANCIANOS

CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS

VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES

MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO

ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ

LAURA LEÓN CABALLERO

1 Introducción

El trastorno del sueño es un problema que cada vez muestra más importancia en las personas mayores. Gran parte refieren problemas para conciliar el sueño con quejas subjetivas sobre la calidad y cantidad. Todo ello puede provocar una serie de consecuencias como son dificultad para concentrarse, pérdida de memoria inmediata, cefalea, somnolencia diurna, etc.

El insomnio no es un problema fisiológico del envejecimiento, debe tratarse y prevenirse, ya que en múltiples ocasiones está infradiagnosticado. Este problema podemos asociarlo con una importante morbilidad, mortalidad, aumento de consumo de fármacos hipnóticos y aumento de riesgo de caídas. La creencia generalizada de que por ser mayor se debe dormir peor es totalmente errónea.

El anciano debe ser informado de que su sueño puede ser más fraccionado y que la necesidad de horas de descanso puede ir disminuyendo, con lo que su sueño será distinto a medida que avance en edad. Es cierto que, el envejecimiento supone un adelanto del ritmo circadiano que controla los ciclos sueño-vigilia. Por ello, gran parte de las personas mayores se acuestan pronto y se despiertan temprano, costándoles conciliar el sueño de nuevo.
Hay que tener en cuenta estos aspectos, ya que en ocasiones los mayores se despertarán demasiado pronto porque ya habrán cumplido las horas necesarias para su descanso. Es importante analizar los ciclos, fases y calidad del sueño de forma individual para realizar unos hábitos específicos para cada persona.

2 Objetivos

Objetivo principal:
• Conocer la definición del trastorno del sueño y los problemas asociados que ocurren en el anciano.
Objetivos secundarios:
• Desarrollar los cuidados y medidas en educación para la salud en el anciano con insomnio.
• Reconocer los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que se emplean en ancianos con trastorno del sueño.

3 Metodología

Se han seleccionado aquellos artículos en los que se estudiara la efectividad y las pautas clave para la utilización de técnicas y métodos para mejorar el insomnio en los mayores. Se ha realizado una revisión bibliográfica de varios artículos seleccionados en las bases de datos Google, Cuiden Plus y
Scielo entre otras.
Se trata de una revisión bibliográfica utilizando como bases de datos Pubmed, Medline,
Dialnet y Science Direct. Se utilizaron como descriptores “insomnio en el anciano”, “educación del insomnio”, “tratamientos del insomnio”.
Se excluyen textos en inglés y se utilizan en formato papel y digital.

4 Resultados

El ciclo vigilia-sueño del anciano se caracteriza por una disminución del tiempo total de sueño nocturno, un aumento de la cantidad y duración de los despertares nocturnos, un adelanto en la aparición de la primera fase REM, una disminución del sueño lento y una mayor somnolencia y fatiga diurna. En cuanto a las medidas que se llevarán a cabo para tratar el insomnio diferenciamos entre farmacológicas y no farmacológicas: Tratamiento no farmacológico: Se trata de la información y educación del paciente en el que se realizará un seguimiento para comprobar la efectividad de estas medidas.

Las principales recomendaciones que entregaremos serán:

• Modificar horarios y costumbres: levantarse siempre a la misma hora, crear una rutina y relajarse antes de ir a dormir, no ir a la cama sin tener sueño, tomar un baño caliente antes de ir a dormir, si no se duerme en 20 minutos, levantarse y realizar actividades relajantes.

• Modificar hábitos: realizar ejercicio físico regularmente, exponerse a la luz solar, evitar siestas y pasar tiempo despierto en la cama, cafeína, tabaco, alcohol, evitar comidas pesadas antes de ir a dormir, evitar ingesta de líquidos antes de dormir.

• Modificar el ambiente: controlar la temperatura de la habitación, evitar ruidos, llevar ropa cómoda y evitar la exposición de luces brillantes o fuertes durante la noche. En 2-3 semanas se debe realizar un seguimiento y comprobar si existe una mejora con estas medidas. Si el paciente no ha mejorado su sueño, se revisarán medidas y valorará pautar un hipnótico. Para ello se tendrá en cuenta una serie de consideraciones, se entregará una dosis mínima eficaz y durante un corto periodo de tiempo.

Los medicamentos que más se recomiendan son:

• Las benzodiacepinas: son los hipnóticos más utilizados en general. Hay que tener en cuenta que presentan importantes efectos secundarios como el aumento del riesgo de caídas, la somnolencia diurna etc, motivo por el cual se debe ser muy cauto en su prescripción en ancianos. Es importante evitar en el anciano las benzodiacepinas de vida media larga y siempre utilizar la dosis mínima eficaz. Las de vida media intermedia se pueden tener en cuenta, pero evitando largos periodos de tratamiento para evitar la dependencia.

• Los hipnóticos no derivados de las benzodiacepinas son una alternativa que se puede tener en cuenta debido a que presentan una vida media corta. Se ha demostrado efectivo a la hora de conciliar el sueño, pero no en mantenerlo y se ha demostrado que es más seguro que las benzodiacepinas en determinados pacientes como los que padecen problemas respiratorios.

Es el fármaco que menos interacciona con otros medicamentos.
• Antidepresivos: si el paciente presenta un trastorno depresivo asociado se valorará iniciar el tratamiento con un antidepresivo sedante como la trazodona o la mirtazapina y se evitará aquellos más excitantes como la fluoxetina.

5 Discusión-Conclusión

El insomnio se trata de un problema que afecta a gran cantidad de ancianos ocasionándoles una afectación a nivel de calidad de sueño y sus consecuencias diurnas como el cansancio o debilidad.
A medida que avanza la edad los ciclos del sueño van variando por lo que se debe adaptar el sueño a esos cambios e informar a los pacientes sobre los mitos o creencias que afirman el poco descanso de los mayores.
Es importante identificar cuál es el principal problema por el cual no tiene lugar un buen descanso y a partir de ahí tomar ciertas medidas. Entre ellas destacamos las no farmacológicas, que serían las de primera opción. Si estas medidas no son suficientes para mejorar la calidad del sueño se valorará utilizar medidas farmacológicas las cuales, se comenzará entregando la mínima dosis e intentando reducirla hasta que no se precise. Entre ellas destacan las benzodiacepinas de vida media, los hipnóticos y los antidepresivos. Estos últimos se pautarán cuando el insomnio aparece relacionado con una depresión. Es importante evitar las benzodiacepinas de vida media larga.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100017
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014
3. Ciria C, Tirado AM, Molina S. Insomnio y consumo de psicolépticos en pacientes mayores de 65 años. Propuesta de criterios diagnósticos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004;39 (6):399-400.
4. https://www.neurologia.com/articulo/99560

Capítulo 175

LOS APOSITOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA TECNICOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS

VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES

MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO

ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ

LAURA LEÓN CABALLERO

1 Introducción

La úlcera por presión es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo, de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla) que hace disminuir el aporte de oxígeno y nutrientes a esa superficie, por la comprensión que se produce en los vasos sanguíneos. Estas lesiones se presentan en la piel de pacientes inmovilizados durante un periodo de tiempo, y caracterizada por tener mala cicatrización.
El tiempo mínimo para la aparición de una úlcera es de 2 horas. Según sean las posiciones que el paciente mantenga durante un tiempo no superior a 2 h. las zonas más susceptibles de desarrollar
úlceras por presión son el sacro, los glúteos, los talones el pliegue interglúteo, el trocánter, y los maléolos. El primer signo de una úlcera es la aparición de un

eritema o enrojecimiento de la piel, que cesa por presión manual. El dolor aparece en el estado inicial y suele ceder una vez producida la úlcera.
Según la afectación de la piel, las úlceras se clasifican en varias fases, siendo por lo general progresivas y con mayores dificultades de curación, por lo que lo más importante es evitar que cada estado pase al siguiente. Las úlceras se clasifican según su estadiaje: estadio I, II, III, IV.
La evaluación del riesgo de los pacientes se valora por tres escalas: Norton, Arnell, Bardem. La más utilizada es la escala de Norton y las instrucciones de su uso son: Determinar el estado del paciente para cada variable. Sumar la puntuación de todos los apartados La puntuación máxima es de
20. El riesgo de padecer una úlcera se produce por debajo de 14 puntos. El riesgo es alto por debajo de 8 puntos. Reevaluar la condición del paciente de forma regular. En la prevención de las úlceras por presión la única medida verdaderamente eficaz son los cambios posturales. Debe ser sistemático, diurno y nocturno, cada dos o tres horas.
Entre los más importantes están: Decúbito supino, es la más habitual y mejor soportada por el paciente. Decúbito prono, es mal tolerada y por ello menos utilizada. Decúbito lateral, decúbito lateral ¾, se tolera mejor que el lateral completo sobre todo si tienen patologías respiratorias.
Sedestación, el respaldo del sillón debe estar poco inclinado. No caeremos en ciertos errores como dejar pinzada la sonda, no poner protección en pies y talones, no provocaremos una hiperflexión cervical, que ocasiona problemas respiratorios. Evitaremos las fricciones en los cambios posturales. A su vez se emplearán elementos complementarios en estas movilizaciones como: Soportes textiles antidecúbito, almohadas y cojines, apósitos transparentes autoadhesivos, coderas, taloneras, dispositivos en forma de rosca. El ser humano ha tratado siempre de contribuir a la resolución de las heridas mediante métodos de curas basados en creencias y tradiciones siendo en ocasiones prácticas de riesgo.
El método de cura seca o tradicional cubre la herida para dificultar las infecciones, pero no permite el control del volumen de exudado. La cura húmeda es el método de los conocidos hasta ahora que mejores condiciones locales facilita para que se desarrollen los procesos de reparación cutánea. El nacimiento de la cura húmeda viene desde el año 1500 a. C. con el papiro de Edwin Smith que data de la dinastía XVIII de Egipto y contiene tratamientos para heridas. Hipócrates (s. V a. C.) observó que las heridas curaban mejor si se mantenían húmedas con una cataplasma y cubiertas con
"un montón de hojas" (Adams 1849).

2 Objetivos

Objetivo principal:
Exponer lo que es una cura húmeda, sus principales beneficios y apósitos y materiales utilizados.
Objetivo secundario:
- Describir las funciones específicas del técnico de enfermería respecto a las úlceras por presión.

3 Metodología

Se han seleccionado aquellos artículos en los que se estudiara la efectividad y las pautas clave para la utilización de los apósitos en la cura de úlceras por presión o heridas. Se ha realizado una revisión bibliográfica de varios artículos seleccionados en las bases de datos Google, Cuiden Plus y
Scielo donde se aborda los cuidados de enfermería más efectivos para prevenir la aparición de úlcera por presión y el uso de apósito más adecuado para cada paciente.
Se han utilizado textos en lengua castellana y se han excluido los de otras lenguas. Los textos se han usado en formato papel y digital.

4 Resultados

Una vez realizada la evaluación inicial de la úlcera respecto a su tamaño, apariencia, localización, es posible iniciar el tratamiento con cura húmeda. La introducción del tratamiento con presión negativa ofrece nuevas posibilidades para el tratamiento de las heridas.
Este sistema está compuesto por un apósito que debe ser estéril y cerrado porque facilita la humedad y la cicatrización. Los beneficios de la cura húmeda son principalmente:
- Aumento del aporte de O2, nutrientes por vía interna a través de la angiogénesis.
- Acidificación del pH de la zona, haciéndose un ambiente bacteriostático que disminuye el riesgo de infección. Facilidad para la migración celular encargada de la reparación plástica.
- Observación del exudado de la herida sin permitir que el exceso perjudique, macerando la piel de alrededor de la úlcera.

- Mantenimiento de la temperatura local en límites fisiológicos, evitando el enfriamiento que se produce por evaporación. Esto facilita la fibrinólisis imprescindible dentro del proceso de cicatrización.
- Reducción del dolor al conservar las terminaciones nerviosas húmedas.
- Simplifica la higiene del paciente al estar la herida protegida evitando el riesgo de infección frente a líquidos corporales en pacientes incontinentes.
- El tiempo de cicatrización es más corto.
- La paciente mejora su calidad de vida considerablemente.
- Se rebajan los tiempos de curas en el equipo de enfermería.
- Deben limpiarse las heridas al principio y en cada cambio de apósito. Para eliminar toda clase de elementos que dificulten la cicatrización como, cuerpos extraños, exceso de exudados y tejido necrótico, restos de tratamientos antiguos.

Los productos genéricos para la cura de las UPP y heridas crónicas son apósitos muy variados:

Hay que dar a un apósito un tiempo de dos semanas para que actúe, por lo que no se recomienda pasar a otro distinto en ese tiempo Tipos de apósitos para úlceras e Indicaciones de los apósitos para heridas:

- Ácidos grasos hiperoxigenados.
- Poliuretano
- Espumas de poliuretano, hidropoliméricos, hidrocelulares, etc.
- Hidrogeles compuestos de agua
- Hidrocoloides
- Apósitos de silicona
- Alginatos, derivados de algas naturales
- Apósitos de carbón, compuesto de carbón activado e indicado en heridas muy exudativas, infectadas y malolientes.
- Apósitos de plata, formado por plata e indicado en profilaxis y tratamiento de la infección de heridas.
- Cadexomero iodado libera iodo de manera sostenida para el control y eliminación de microorganismos presentes en el lecho de la lesión
- Apósitos de colágeno, es un estimulador del proceso de curación fisiológica.
- Apósitos impregnados con DACC (cloruro dialquilcarbamoilo), adecuado cuando la carga bacteriana deteriora o impide el proceso de cicatrización en heridas de cualquier etiología.
- Apósitos de membrana polimérica
- Tratamientos de úlceras por presión con sistema de VAC. La terapia V.A.C. es un conjunto compuesto por un apósito esponjoso de poliuretano o alcohol polivinílico que causa su efecto sobre la herida generando una fuente de vacío.

El parche esponjoso que genera un sello adhesivo sobre la herida es transparente y semioclusivo. Se trata de una especie de almohadilla con tubos que se conecta al sistema de V.A.C. El sistema de curas se genera como una terapia para cerrar la herida, reducir le edema, ayudar a la granulación, al riego de la sangre y expulsando lo perjudicial.

La terapia VAC puede optimizar y acelerar la cicatrización de las heridas abdominales complejas, también cuando exista contaminación grave o fístulas intestinales. No hay acuerdo entre las diferentes investigaciones a la hora de decidir si utilizar o no el VAC pues se deben valorar de forma individual cada tipo de herida, sus circunstancias y tipo de VAC.

Las heridas que generan en los pies los pacientes de diabetes son las más propensas a utilizar el sistema del VAC. Los tratamientos que incluyen plata en sus apósitos son populares y se han usado en el tratamiento de las heridas para eliminar una amplia gama de agentes patógenos, pero no hay pruebas de su eficacia para prevenir la infección de las heridas.

Las funciones específicas del técnico de enfermería respecto a las úlceras por presión serán:

- Colaborar en la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras cutáneas.
-Facilitar conocimientos para colaborar y mantener un buen estado de la piel, ayudando en eliminar o disminuir la presión y vigilando el estado nutricional del paciente.
- Colaborar en la identificación de parámetros unificados sobre la evolución de la lesión, para restituir a la piel su integridad.
- Concretar las intervenciones para mantener la piel en su conjunto.
- Registrar y protocolizar todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamientos de las úlceras por presión.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las úlceras por presión.
- Identificar y descubrir correctamente los estadios de las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Además de la importancia y utilidad de la cura húmeda, es destacable que la disminución de la incidencia de úlceras por presión en los hospitales, va paralela a la reducción de costes. El esfuerzo en la prevención demuestra menor propagación, lo que hace pensar que se controla mejor las úlceras por presión.

Los servicios de urgencias podrían ser el origen silencioso de un alto porcentaje de úlceras por presión y durante los primeros días de ingreso, pues el perfil del paciente atendido es cada vez más anciano y con muchas patologías y las escasas medidas de prevención propuestas como el resultado de focalizar la atención en el compromiso vital.

6 Bibliografía

1. Fundación para la formación y avance de la enfermería, “ulceras por presión”, pág. 59.
2.https://www.apositos.net/Que-son-los-apositos.php
3.https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_primaria/documentos/centros
salud/PROTOCOLO_DE_INTERVENCION_ANTE_LAS_UPP.pdf
4. https://www.scielo.br/j/rlae/a/nSbXprHD4tpn7TCkHvcq9Ff/abstract/?lang=es
5.https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion
6.https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/
user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_-2012/h2_cura_cuidado s_upp.pdf

Capítulo 176

ALTERACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO

JOSEFA MONTERO GARRIDO

MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS

GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El paciente puede presentar diferentes y diversas formas de alteraciones en cuanto a su nivel de conciencia y que estas pueden ser debidas a múltiples motivos en cuanto a su etiología.
El coma es un estado parecido al sueño en el que el paciente no responde a estímulos externos, hay ausencia de conocimiento de sí mismo y del ambiente. La conciencia supone el mantenimiento del estado de vigilia o despertar, y la capacidad de recibir y procesar adecuadamente la información del medio interno y externo. Se producirá una disminución del nivel de conciencia en aquellas enfermedades que provoquen una alteración en el estado de alerta o en los procesos cognitivos.

Desde el coma a la normalidad hay una gran variedad de alteraciones del nivel de conciencia. Los siguientes términos como las alteraciones llamadas Cualitativas que son las del contenido de la conciencia, en las cuales nos podemos encontrar con la confusión y el delirio en cuanto a las alteraciones Cuantitativas estas se producen del nivel de la conciencia del paciente como son las de Somnolencia u obnubilación, así como:
Estupor o sopor en estados más graves se podría encontrar con el Coma superficial y Coma profundo estos van a definir la patología que presenta el paciente, la gradación desde la normalidad hasta el coma profundo.

2 Objetivos

Describir exhaustivamente las alteraciones del nivel de conciencia de las cuales debemos ser conocedores los Técnicos en cuidados de enfermería para saber cómo proceder o informar respecto a lo que observemos en el paciente.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En cuanto a la descripción de las alteraciones del nivel de conciencia pasamos a detallarlas:
- Obnubilación: Es una disminución leve o moderada del estado de alerta en la que el sujeto presenta somnolencia y una disminución del interés por el ambiente y de la velocidad de respuesta a estímulos.
- Estupor: Es un estado en el que el paciente se halla en sueño profundo del cual solo despierta mediante estimulación intensa y repetida, volviendo al estado anterior una vez cesa esta.
- Confusión: El enfermo frecuentemente está desorientado en tiempo y/o espacio y en él destaca la dificultad para mantener la atención. Suele existir somnolencia

que puede alternar con agitación nocturna y alteración en la interpretación de los estímulos.

- Delirio: El sujeto está agitado, irritable, desorientado, tiene una percepción alterada del medio con alucinaciones frecuentemente visuales.
- Coma: Es un estado de falta de respuesta psicológica sin fenómeno de despertar en el que el paciente permanece con los ojos cerrados. Empleando la escala de Glasgow (tabla 1), los pacientes que no abren los ojos a la orden verbal, no realizan más que una débil retirada al dolor y solo alcanzan a emitir sonidos incomprensibles pueden ser considerados en coma. La puntuación total (O+V+M) según esta escala es entre 3 y 15 puntos, siendo a menor puntuación mayor gravedad del coma.

Escala de coma de glasgow actualizada (tabla1)

Respuesta Acción Puntuación

Ocular Apertura de ojos espontánea 4

Apertura de ojos ante estímulo auditivo 3

Apertura de ojos ante estímulo opresivo 2

Ausencia de apertura de ojos 1

Ausencia de apertura debido a la presencia de factores locales No valorable

Motora Obedece órdenes 6

Localiza estímulo 5

Flexión normal 4

Flexión anormal 3

Extensión 2

Ausencia de respuesta motora 1

Ausencia de respuesta debido a parálisis o factores que limitan el movimiento No valorable

Verbal Obedece órdenes 5

Confuso 4

Expresa palabras 3

Expresa sonidos 2

Ausencia de respuesta verbal 1

Ausencia de respuesta debido a la presencia de factores que interfieren en la comunicación No valorable

Tratamiento.

Se realizará siempre en un centro especializado. Además del tratamiento general orientado a mantener la función respiratoria, circulatoria, hidratación y nutri979 ción, existen una serie de tratamientos específicos, según la causa del coma, tales

como la naloxona en el coma por opiáceos, aciclovir en la encefalopatía herpética, manitol en caso de hipertensión intracraneal, glucosa en el hipoglucémico, etc.

5 Discusión-Conclusión

La determinación de los estados de conciencia puede resultar difícil, sobre todo en aquellos pacientes que presenten trastornos del habla, depresión, o en los que tengan tratamiento con relajantes neuromusculares. La apertura de los ojos, la respuesta verbal y la respuesta el estímulo doloroso son de gran relevancia pronostica y diagnostica en la valoración del nivel de conciencia. La escala más utilizada es la escala de coma de Glasgow. En la evaluación se deberá valorar la mejor respuesta. En ocasiones es preciso repetir la a intervalos la exploración, observando así su evolución en el nivel de conciencia. Es primordial que estos pacientes reciban una pronta detección de si está presente esta alteración , para así poder recibir la correcta asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.III.23.2.
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200008.
3. https://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v44_n1_2018/padillazambrano_p89_v44n1_2018.pdf

Capítulo 177

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA BULIMIA NERVIOSA

JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO

JOSEFA MONTERO GARRIDO

MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS

GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Comer en exceso y el comportamiento compensatorio causan gran incomodidad y vergüenza al paciente. Cuando busca ayuda, aún mantiene sus objetivos de pérdida de peso porque su imagen corporal juega un papel central en la definición y valoración de sí misma. En la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, el trastorno está relacionado con la identidad personal y la baja autoestima. Según el comportamiento, el DSM-IV describe dos tipos de bulimia. La eliminación incluye el vómito autoinducido o el uso de laxantes, diuréticos o enemas. No desaconsejar otras conductas compensatorias como el ayuno o el ejercicio excesivo. La OMS (Organización Mundial de la Salud) clasifica la bulimia como un trastorno mental del comportamiento. Psicológicamente, el miedo al aumento de peso y la falta de autocontrol sobre la comida pueden generar sentimientos

y pensamientos que determinan el estado de ánimo y mental, lo que en última instancia conduce a un proceso depresivo. Puede experimentar problemas estomacales frecuentes, estreñimiento y dolor de garganta. Se pueden producir daños en órganos vitales como el hígado y los riñones, problemas cardíacos e incluso la muerte. Los tecnicos de cuidados auxiliares de enfermeria son una parte importante de la hospitalización de estos pacientes porque consumen mucho tiempo de monitoreo.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es a través del caso clínico distinguir claramente la bulimia nerviosa de otros trastornos de la alimentación, así como la importancia del TCAE en este tipo de trastornos.

3 Caso clínico

La paciente de este caso clinico se llama Ana y tiene 16 años. Está en su primer año de estudios universitarios. Su IMC es 19. Le preocupa su peso y apariencia porque su madre comenta sobre el grosor de sus muslos mientras come papas fritas. Empezó a medirse los muslos ya pesarse un par de veces a la semana. Empezó a limitar la cantidad de comida. En un año, perdió 5 kg y recibió críticas positivas. Pidió una hamburguesa, papas fritas y helado para el cumpleaños de su amiga. Siente que está fuera de control y cree que subirá de peso.
2 kg, se puso muy nerviosa y tuvo que irse a casa. En el camino, hizo una rabieta y pensó que tal vez esta era la ”solución”. Comenzó a comer en exceso ya planificar cuidadosamente cuando no había nadie en casa. Luego fui al baño y vomité todo. La frecuencia de los episodios ha aumentado (8 por semana). Pidió ayuda psicológica y actualmente está siendo atendido en la Unidad de Infancia y Adolescencia del Hospital General Universitario de Talavera de la Reina. Al principio los resultados fueron erráticos por la falta de consejería, lo que va en contra de los principios del tratamiento, pero con el tiempo la situación mejoró, con apoyo y posterior hospitalización voluntaria, mejoró su autoestima, pensó que podía mejorar su problema. Nunca dejó de preocuparse por su apariencia, pero controló sus impulsos y el tratamiento funcionó bien incluso fuera de la sala, aunque no podía explicar episodios periódicos y precisos de malestar general. Pero dos años después, se aisló por completo del episodio de bulimia nerviosa y se concentró en su reflejo estomacal, uno de los efectos de la enfermedad.

4 Discusión-Conclusión

Las complicaciones físicas de la bulimia nerviosa se relacionan principalmente con las consecuencias de las acciones compensatorias: amenorrea, deshidratación, osteopenia, trastornos electrolíticos, insuficiencia renal aguda y cardiopatía, erosión dental, caries, gingivitis, reflujo, ruptura esofágica, perforación y estreñimiento gástrico, hipertrofia . glándula parótida (agrandamiento de la parte inferior de la cara), así como tos cutánea en las articulaciones de las articulaciones, causada por el roce de los dientes durante el vómito. El papel de los TCAE en las unidades intermedias de hospitalización de este tipo de enfermedades es fundamental, ya que el seguimiento de estos pacientes es fundamental para su control, tratamiento y recuperación. Es uno de los aseos con más contacto de pacientes para ingreso voluntario y forzoso.

5 Bibliografía

1. Martín, Joseph; Harrison. Principios de medicina interna. Editorial McGrawHill. Interamericana de España. 13ª Edición. Madrid, España. 1994.
2. Heiker, Marcelo; Miller Celina. Anorexia-Bulimia: Deseo de nada. Editorial: Paidos Psicología Profunda capítulo 5 pp 96-97.
3. Kaplan, Harold I; Sadock, Benjamín J.Tratado de Psiquiatría-VI. Volumen II. Editorial Interamericana. 6ta Edición. Capítulo 22 (Trastornos de la alimentación).
4. Lamura A, Angela y Graciela. El interrogatorio y anamnesis

Capítulo 178

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL TRASTORNO POR ATRACÓN

JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO

JOSEFA MONTERO GARRIDO

MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS

GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Comer en exceso a menudo es causado por un estado emocional negativo. En comparación con las personas obesas sin trastornos alimentarios, las personas obesas tienen una resiliencia psicológica más pobre. Si tienen sobrepeso u obesidad, es más probable que desarrollen las complicaciones asociadas con el síndrome metabólico que si solo son obesos. El trastorno por atracón compulsivo (BED, por sus siglas en inglés) se conoce desde la década de 1950.
XX está íntimamente relacionado con la bulimia nerviosa (BN) y se desarrolla en el contexto de la obesidad, a los ojos de una cultura en la que la imagen y las imágenes de Gardes hacen que estas condiciones físicas sean percibidas como una sustancia reprobable. Sin embargo, a pesar de las paradojas, el trastorno alimentario será un terreno fértil para su gestación y verdadero desarrollo. A pesar de

la complejidad del padecimiento y la novedad del conocimiento oficial sobre la enfermedad, existe optimismo sobre su tratamiento. Actualmente, hemos desarrollado excelentes tratamientos básicos para la BN adaptados al trastorno, como la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), que, entre otras cosas, parece producir resultados muy positivos con el tratamiento adecuado. Entre los factores que contribuyen a esta enfermedad, destacamos
- factores de vulnerabilidad genética y biológica. t familiares del paciente. Las personas que comen en exceso tienen más probabilidades de desarrollarlo. Se observó una carga genética del 41-57% en estudios de gemelos. Algunas mutaciones genéticas están asociadas con la presencia de comer en exceso. El alto peso al nacer también se asocia con un mayor riesgo. - Factores psicologicos. Un grado pronunciado de búsqueda de novedades se manifiesta en el temperamento (no tan perceptible como en BN). No tiene nada que ver con la alta resistencia. Alta evitación del riesgo y baja autodirección. También existe un alto grado de intolerancia emocional y dificultades con la regulación emocional. - Factores socioculturales. Algunos casos se describen en textos de historia, por lo que los factores socioculturales tienen poca influencia. esta relacionado con la enfermedad
Un "ambiente tóxico" que promueve el consumo excesivo de alimentos

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es exponer las características del trastorno por atracón a través de un caso clínico, resaltando el papel del TCAE con este tipo de pacientes.

3 Caso clínico

Clara es una paciente de 45 años con un IMC de 28. Hace casi 15 años que hace dieta, siguiendo todas las dietas que le dan sus amigos, muchas de ellas prescritas por expertos. Explicó su exceso de peso con problemas hormonales. A veces no podía controlar su hambre, "deslizándose" y comiendo lo que quedaba de casa. Durante estos episodios, sientes que no puedes dejar de comer, y cuando dejas de hacer dieta, no importa cuánto comas. Lo hizo en secreto por vergüenza. Esto sucede de 2 a 4 veces por semana. Se siente culpable después de comer en exceso. No está entrenando porque está lesionado. No está contenta con su cuerpo. Piénsalo
20 kg para que no le duelan las rodillas ni los tobillos. Fue a una cita digestiva para una ecografía hepática y le dijeron que tenía hígado graso debido a una

dieta deficiente. La paciente la acusó de no tener tiempo para comer, no poder hacer ejercicio y estar de mal humor, por lo que la remitió a un psicólogo para una serie de pruebas y entrevistas, y tras ser diagnosticada con un trastorno alimentario, comenzó cognitivo. terapia de comportamiento. En este tratamiento, con la ayuda de su familia, la paciente responde bien, no se comporta de manera errática, aumenta su confianza en sí misma y comienza a recuperarse, sigue una dieta sin comer en exceso y controla bien su sobrealimentación Impulsiva, siempre protegida y apoyada por ella ambiente inmediato. Las personas a su alrededor seguían mostrándole lo orgullosos que estaban de cada libra que había perdido y trataron de animarla cuando dijo que ya no podía soportar las ganas de ir a la nevera, que la distraerían con otra cosa.

4 Discusión-Conclusión

La característica principal es comer en exceso repetidamente sin un comportamiento compensatorio. Los atracones pueden ocurrir con otros trastornos mentales, como la depresión mayor. En el trastorno límite de la personalidad, existe un patrón general de inestabilidad (en las relaciones personales, la autoimagen y las emociones) y un alto grado de impulsividad asociado con los atracones. Pero en los trastornos alimentarios, los patrones de personalidad no siempre cambian. Si el paciente tiene atracones y conducta compensatoria, el diagnóstico es bulimia nerviosa (no ambos). La anorexia nerviosa tampoco se diagnostica si los criterios están presentes. La comorbilidad más frecuente es la obesidad. En el 75 por ciento de los pacientes, la mitad de los pacientes tenían al menos una comorbilidad, como depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), ansiedad y trastorno del control de los impulsos. Cuando la paciente es consciente de esto, muy bien puede negar y ocultar su enfermedad. El papel del TCAE en este tipo de enfermedades es importante ya que es uno de los profesionales sanitarios más expuestos a pacientes en hospitalizaciones tanto voluntarias como involuntarias, a pesar de que la frecuencia de dichas hospitalizaciones es menor, aunque esté asociada a otras. altas comorbilidades. .

5 Bibliografía

1.Douglas AD. Trastornos de la alimentación de origen conductual. En: Tratado de Medicina Interna, 20 ed. Mc Graw-Hill, Interamericana, 1997;vol 2:1330-2.
2.Vallejo RM. Trastornos alimentarios. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3ra. ed. Barcelona: Mason Salvad, 1993:276-95.

3.Baber S, Bolaños-Chacho P, López Ch, Ostrosky A. Los extremos en los trastornos alimentarios: anorexia y obesidad. Psicol Iberoam, 1995;3(2):20-34.
4.Aquilino APL. La Anorexia nerviosa. En: Psicología patológica. 8va. ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1993;t 2:463-79.
5.Hsu LKG. The gerder gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? Clin Psychol Rev 1989;19:393-427.

Capítulo 179

SONDAS VESICALES, FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ

PILAR PEREZ ORTEGA

ESTELA GIL BORRALLO

SERGIO VELA PATERNA

INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES

1 Introducción

El sondaje vesical es un método invasivo que se basa en la introducción de un catéter tipo sonda hasta la vejiga del paciente, atravesando el meato uretral. La finalidad es conseguir implantar una vía de drenaje de orina. El sondaje, de acuerdo con la recomendación facultativa podría ser temporal, persistente o intermitente, con diversos objetivos terapéuticos o diagnósticos.
En torno al 15% de los pacientes que ingresan en el hospital son portadores de una sonda vesical. La complicación más frecuente es la infección del tracto urinario de procedencia nosocomial. La infección urinaria a día de hoy implica el 20% de las infecciones siendo el 80% el sondaje vesical la causa, el peligro de llevar una sonda vesical persistente se incrementa en un 5-8%.

Para evitar estas infecciones es fundamental usar una buena técnica, realizar una adecuada limpieza de manos previo a comenzar el sondaje y a lo largo de la colocación de la sonda mantener el campo aséptico.
Tipos de sonda vesical Según el material del que estan fabricadas tienen la posibilidad de ser de:
• Silicona: acostumbran ser de calibre más fino y mejoran la tolerancia de los pacientes. Permanecen indicadas para sondajes de más de 15 días o en pacientes alérgicos al látex.
• PVC: son más usados para objetivos diagnósticos y terapéuticos. Se usan de manera intermitente, en mediciones residuales de orina, etcétera.
• Látex: son las más frecuentes. Se debería considerar si el paciente es alérgico al látex, no debería extenderse su uso prolongado mas de 15 dias.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capitulo será :
-conocer las funciones básicas del TCAE ante un paciente que porta una sonda vesical
-Exponer los tipos de sondas que utilizaremos en nuestro trabajo

3 Metodología

Para la realizacion de nuestro trabajo hemos buscado información en varias paginas sanitarias , así como hemo hemos utilizado el buscador Google y hemos introducido palabras clave como sonda vesical y TCAE.
Por ultimo hemos aportado nuestra experiencia laboral pues muy a menudo atendemos a pacientes que necesitan de una sonda vesical.

4 Resultados

Junto con la enfermera, el TCAE, son los profesionales de realizar y mantener el sondaje vesical.
El TCAE se encargará de preparar el material para el sondaje vesical y una vez que la enfermera lleve los guantes estériles es el TCAE quien le facilita el material para el sondaje de forma estéril.
Primero se le informara al paciente que se le va a realizar dicha técnica, se procederá a realizar la higiene de la zona y si fuera preciso de rasurar.

El personal que efectúe el sondaje se lavara las manos y preparara el campo estéril.
Se creará un campo estéril con el paño verde, donde se depositará el material a utilizar.
Ya con los guantes estériles cojera la sonda con la punta lubricada y procederá a introducirla en el orificio uretral externo hasta la salida de orina por la sonda.
En caso de bloqueo se retira la sonda y nunca se forzará y se volverá a intentar con otra sonda vesical nueva.
Una vez que salga orina se conecta a la bolsa colectora y se hinchara el globo de la sonda vesical con las 10 cc de suero fisiológico. Se dejará la bolsa colgada de un gancho a la cama siempre por debajo del nivel de la vejiga.

Una vez colocada la sonda y comprobado que funciona correctamente se desechara todo el material utilizado y se dejara acomodado al paciente.
Se pasará cada cierto tiempo para ver que va saliendo orina y que el paciente no esté incomodo.
Si el paciente es autónomo, se le explicara cómo debe levantarse y recalcarle que debe tener mucho cuidado en no darse tirones de la sonda vesical.
Es importante la figura del TCAE en la técnica ya que es la persona encargada en preparar el material y pasárselo a la enfermera de forma estéril.
Luego el TCAE es el profesional que controla que funcione bien la sonda vesical y comunica a la enfermera si hay variaciones en el color, olor y cantidad de orina.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE será sobre todo el encargado del mantenimiento de la sonda vesical,la parte de ayudar a la enfermería será importante pero la del mantenimiento ,consultas y trevisiones serán exclusivamente tareas de ellos .
El TCAE tendra que conocer todos los tipos de sondas que haya ,tanto de que composición o de que calibre ,es importante tener en cuenta el calibre de la sonda, los más utilizados van a ser mujeres CH 14-16 y en hombres CH 16-18.
También es importante el diseño de la punta, puede ser curva y de orificio amplio, curva o puntiaguda de 2 o 3 vías, puede ser biselada, recta y con 1, 2 ,3 luces, punta acodada en forma de palo de golf, etc... el TCAE asumirá sus funciones correctamente dando por hecho que todos estos detalles los maneja sin lugar a dudas .

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
manual básico del TCAE www.tuasaude.com

Capítulo 180

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIGIENE DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE UCI

ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ

PILAR PEREZ ORTEGA

ESTELA GIL BORRALLO

SERGIO VELA PATERNA

INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES

1 Introducción

En los pacientes que se hallan en la Unidad de Cuidados Intensivos es fundamental que se le haga una limpieza diaria, para que se conserve la dermis y este en buen estado. Con esta técnica obtenemos diversos beneficios:
• Supresión de bacterias y gérmenes en el paciente
• Eliminacion de las células que se descaman
• Limpieza del exceso de la grasa de la dermis, suciedad y polvo del ambiente
En el instante que el auxiliar de Enfermería ejecuta la limpieza del paciente, se necesita que se encuentre atento a los próximos signos de alarma, nivel de actividad, estado emocional y aspecto general del paciente.
Conforme el estado de conciencia y movilidad del paciente se va a poder hacer el aseo del paciente en el mismo baño o en la cama. De normalidad, en la mayor parte del los pacientes, la limpieza o aseo se hace en la cama.

La limpieza del paciente se basa en lavar todas las partes del cuerpo con agua y jabón. Una vez que se ha completado el lavado, se procederá al secado del mismo. Con este proceso tratamos de eliminar la sudoración del paciente, que se ha acumulado o bien producida por cuadros febriles. Además hablamos de excitar la circulación periférica del cuerpo, favoreciendo el bienestar del paciente y su comodidad y descanso

2 Objetivos

Los principales objetivos serán los siguientes:
-Conocer los recursos materiales para una buena higiene del paciente.
-Describir los requisitos previos antes de la higiene del mismo
-Establecer recomendaciones o pautas para un aseo correcto

3 Metodología

La realización de esta revisión bibliográfica, se basa en la búsqueda de fuentes literarias y científicas regferidas al tema presentado concretamente. Se revisaron libros de años que se aproximen a la actualidad. Introduciendo como palabras claves: higiene, UCI, TCAE, cuidados del paciente encamado .Además de nuestra experiencia laboral pues algún componente del grupo trabaja en este área concreta del hospital

4 Resultados

Antes de la ejecución de toda higiene se requiere unos pasos pevios : se debería hacer una valoración anterior por el equipo multidisciplinar para evitar lesiones de esfuerzo tanto para el profesional como para el paciente.
La limpieza o aseo del paciente siempre se hace decúbito supino, sin embargo se debera movilizar al paciente en los dos laterales para que no genere ulceras por presion y asi fomentar su movilidad.
Los recursos materiales necesarios para realizar la limpieza del paciente en la unidad de los cuidados intensivos son:
• Guantes de un solo uso
• Jabón, esponjillas de un solo uso.
• Recipiente con agua tibia.
• Toalla.

• Crema hidratante.
• Materiales para la limpieza bucal: cepillo de dientes, vaso para enjuagues, sanitizante bucal. • Bolsa para echar la ropa sucia
• lenceria ,tanto ropa de cama como ropa del paciente , ya sea camison , pijama etc
La higiene comenzara por las siguientes zona y en ese orden :
• La cara
• Miembros mayores
• Tórax
• abdomen
• Miembros inferiores
• Presión perineal
• Espalda y glúteos Se tendrá que tener unos cuidados especiales en la cara más que nada en los ojos, boca, labios, además de ser sensibles en la cabeza y finalmente cortar las uñas si fuera necesario
En cuantos a las sugerencias de la limpieza de los pacientes:
• Una vez que se hace la limpieza el personal de Enfermería debería aprovechar para hacer el cambio de apósitos, curas de escaras, heridas, etcétera
• No se tienen que ocluir vías respiratorias, y no se tienen que humedecer las vías periféricas o centrales, tráqueas, etcétera.
• prestar especial atencion en que en todaas esta movilizaciones y pruebas no haya desconexiones de vias , drenajes ,del respirador etc..

5 Discusión-Conclusión

En la limpieza o higiene del paciente se debería considerar que se hace de manera especial , debido a que son pacientes que se hallan en estado crítico la mayor parte de ellos. Por esto, una vez que realicemos la intervencion se debe aprovechar el instante para movilizarlo y cambiar la postura, se debe detectar cambios en la dermis por si muestra alguna variación, aspectos de la cara son relevantes como la coloración, tener cuidado con los catéteres con el tubo si este paciente estuviera intubado etc.. principalmente , el agua con la que realicemos el baño tendrá que ser tibia para relajar los músculos y promover y motivar la circulación de la sangre dilatando los vasos sanguíneos.
El TCAE sera conocedor de todos estos pasos o pautas a seguir en el aseo del paciente de uci y llevara a cabo la higiene de estos con la mayor profesionalidad posible y el mejor trato .

6 Bibliografía

www.formacurae.es
www.revistamedica.com
manual básico del TCAE
Fundación para la formación y avance de la Enfermería).

Capítulo 181

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE ENCAMADO

MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

ROCIO MORENO ÁVILA

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un cambio postural se realiza para cambiar al paciente encamado cuando lleva muchas horas en la misma posición, existen tipos de posiciones para poner al paciente encamado y son las siguientes: Posición decúbito supino, Posición decúbito lateral (derecho o izquierdo, posición decúbito prono, posición de sedestación, posición de Fowler o semifowler.

En los pacientes encamados siempre tienen riesgo de padecer úlceras por estar mucho tiempo tumbado o sentado en una misma posición o en ocasiones porque están limitados o tienen poca funcionalidad o en otros casos padecen una enfermedad que les limita a realizar movimientos y esto les obliga a estar sentados o

tumbados en una misma posición varias horas sin apenas tener movimiento, esto nos conduce a las úlceras por presión que constituyen problemas de salud y nos repercute en diferentes ámbitos.

El nivel de salud y calidad de los pacientes que las padecen son causa del aumento de las estancias hospitalarias y, por tanto, del consumo de recursos. La prevención es muy importante para evitar la aparición de este tipo de lesiones por lo que los profesionales sanitarios que atienden a estos enfermos tienen una gran responsabilidad sobre las personas, ya que repercute en un gasto adicional al sistema público de salud, por su curación que es prolongada y costosa.

2 Objetivos

Explicar de manera detallada la actuación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en pacientes encamados en centros hospitalarios y expondremos todos los cambios posturales que se le realizan a estos pacientes y los tipos de posiciones corporales en los que este personal coloca a estos pacientes referidos anteriormente.

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 realizar cambios posturales en personas mayores o ancianos son importantes para darles confort y poder prevenir la aparición de úlceras presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos y debemos de tener en cuenta que se les puede formar úlceras por presión (UPP) y se localizan en diferentes partes del cuerpo según donde se ejerza presión sobre la misma zona, sobre todo en prominencias óseas y en los puntos de apoyo del paciente encamado. Debemos de prevenir dichas úlceras realizando movilizaciones y cambios posturales, cuidados generales de la piel, control del

estado nutricional, evitar la humedad y evitar o disminuir la fricción o cizalla aplicando cremas hidratantes, mantener la ropa limpia y seca, etc.

1. Cambio postural:
Es recomendable realizar los cambios posturales cada 2-4 horas e ir moviéndolos y ponerles en otra posición que tengan otro punto de apoyo, siempre hay que realizarlo con dos personas como pueden ser el auxiliar y el celador para mantener una correcta coordinación a la hora de movilizar al paciente.

Hay diferentes tipos de movilización del paciente encamado dependiendo de la técnica que se vaya a realizar, un cambio de posición, un aseo, un traslado de la cama al sillón o a una camilla. En cada posición según la finalidad para que se utilice se pueden adoptar diversas medidas como colocación de almohadas, cojines, utilización de grúa cuando el paciente requiere ayuda total, y para que el personal sanitario realice un menor esfuerzo.

Una medida muy importante cuando realicemos el cambio de posición del paciente es evitar arrastrarlo para no provocar lesiones en la piel. Hay medidas que se pueden poner al paciente encamado como el colchón anti escaras, esto es para pacientes que no tienen ninguna movilidad y el colchón les proporciona en todo momento movimiento.

Debemos de realizar los cambios de posición cuando le realizamos la higiene al paciente y así aprovechamos para observar el estado físico del paciente y sobre todo la piel y si encontramos algo fuera de lo normal enseguida avisar a la enfermera para solucionarlo.

De la cama al sofá:

Esta técnica se realizará entre dos sanitarios. Debemos de poner el sofá o sillón al lado de la cama a la altura del paciente y uno lo coge por el tren superior y el otro por el tren inferior para poder sentar al paciente e incorporarlo en el sofá.

Movilización del paciente hacia el cabecero de la cama:

Aquí también deben de ser dos personas para movilizar al paciente sujetándole por debajo de la axila y el hombre y la otra persona por debajo de la pierna y los dos coordinados para poder subir al enfermo hacia el cabecero de la cama.

2. Posiciones corporales:

-Decúbito supino o dorsal (boca arriba), en esta posición el paciente está tumbado

sobre la espalda, con los brazos y las piernas extendidos.
-Decúbito prono o ventral (boca abajo); el enfermo está tumbado sobre el abdomen en un plano paralelo al suelo (boca abajo).
-Decúbito lateral; tumbado sobre un lateral de su cuerpo (derecho o izquierdo) en un plano paralelo al suelo.
-Fowler: en esta posición el paciente permanece semisentado, con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama elevado.
-Trendelemburg: el enfermo permanece tumbado decúbito supino sobre la cama en un plano oblicuo de 45 grados respecto al suelo con la cabeza más baja que los pies, esta posición ayuda para subir al paciente hacia el cabecero de la cama.

5 Discusión-Conclusión

En resumen y tal como hemos visto anteriormente en el apartado de resultados de este capítulo el paciente encamado, siempre que le realicemos cambios posturales, tendrá buena salud, aplicando cambios posturales que se hagan continuamente durante 2 o 3 horas posteriores a realizar los cambios por el día y por la noche, cada 4 horas se realizará el cambio postural para favorecer el confort del paciente.

Siempre debemos de aplicar medidas de prevención que conozcamos para mejorar el bienestar y salud del paciente encamado y así ofrecer una buena asistencia sanitaria.

El cambio postural de pacientes con úlceras por presión está demostrado que se previenen y evitamos su aparición con los cambios posturales y es fundamental que el equipo asistencial (médicos, enfermeros, auxiliares, celadores, etc.) que atiende a estos pacientes lo tengan muy presente para actuar en consecuencia.

6 Bibliografía

1.https://es.validasinbarreras.com/blog/post/protocolo-de-cambios-posturalesymovilizaciones-para-ancianos/
2.https://enfermeriapractica.com/procedimientos/cambios-posturales-y-posiciones-basicas.
3. Videira, Renata, Valim de Souza; Ruiz, Soraia A. Lusvardi, Lima, Sideney Naurício da Mota; Choniac, Rubens; Montagnini AL. Atrofia Muscular em pacientes oncológicos internados em unidade de terapia intensiva/ Muscle atrophy in cancer patients in the intensive care unit. Rev fisioter Unit São Paulo; 11(2)77-82,2004

ilus, tab.
4. Hermas G, Van den Berge g. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. Crit care (Internet). Critical Care, 2015, 19(1): 274. Available from: http://ccforum.com/
content/19/1/274.

Capítulo 182

IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

ROCIO MORENO ÁVILA

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad en el Servicio de Urgencias, los profesionales de la salud que trabajan en él, son de especialidades diferentes, por lo que, es importantísimo unir los diagnósticos y los tratamientos de cara a solucionar los problemas de los enfermos. Para ello, las decisiones se deben de tomar lo más rápidamente posible por el bien del paciente. Muchas veces hay que simplemente mantener la vida del enfermo y otras muchas sólo se llega a un diagnóstico simbólico.

La mayoría de las veces los servicios de urgencias están saturados por enfermos que no presentan enfermedades o problemas graves. Por ello a la hora de la lle-

gada de estos, hay que hacer una selección según su gravedad para atenderlos de la mejor manera posible. Según la gravedad tenemos:

-Agudo crítico: el paciente necesita una que lo atiendan inmediatamente.
-Agudo no crítico: al no haber peligro para la salud del paciente, puede ser atendido en poco tiempo.
-No agudo: en este caso el paciente acude al servicio de urgencias y al no presentar gravedad, pueden atenderle en un periodo más largo de tiempo que la anterior.

El auxiliar de enfermería o tcae tendrá un papel muy importante dentro del área de las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

Explicar detalladamente las actividades que ejerce el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de las urgencias hospitalarias y exponer las funciones realizadas por los auxiliares de enfermería en dicha área (urgencias hospitalarias) en cuanto a vigilancia y cuidado de pacientes que acuden a ella.

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

Los enfermos pueden llegar a Urgencias por su propia voluntad, por derivación de su médico en el centro de salud o a través de los Servicios de Emergencias llamando al 112.

A su llegada al servicio de Urgencias, los pacientes, deben facilitar sus datos de identificación a los administrativos y los celadores (personal no sanitario) los acompañaran a la zona de triage, donde se les clasificara según su gravedad.
Una vez este clasificado el paciente, el médico especialista lo atenderá siguiendo unos pasos:

Si los pacientes que acuden al servicio de urgencias presentan inestabilidad, vienen de manera crítica o tienen situaciones especiales, los profesionales de la salud se acomodarán a las circunstancias.

Pasos a seguir:
1.- Se valorará primero al paciente: se le preguntara cuál es el motivo por el que ha acudido a Urgencias, y se le revisará la Historia clínica del mismo para saber toda la información posible. Se tomarán las constantes vitales como tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
2.-Se le examinará físicamente: esta debe ser lo más global posible.
3.-Comenzaremos con el tratamiento: si es necesario de manera contigua.
4.-Se llevarán a cabo pruebas adicionales: estas pruebas se harán respecto a los síntomas y signos que presente el paciente. Gracias a las pruebas, estos resultados nos harán eliminar diagnósticos y llevar a cabo un tratamiento efectivo. A veces, ciertas pruebas requieren del consentimiento del paciente o de la propia familia, y para ello deberán estar de acuerdo y firmarlo.
5.-Se le facilitara al paciente toda la información necesaria sobre su diagnóstico, pruebas que se van a llevar a cabo…
Al acabar de evaluar los resultados de las pruebas, decidiremos si el paciente seguirá en observación, se ingresará, se le dará el alta o se le trasladará a otro centro.

Actividades a llevar a cabo por el Auxiliar de Enfermería:

La Auxiliar de Enfermería en Urgencias:

El personal que trabaja en el Servicio de Urgencias tiene que realizar sus actividades con cautela, con seguridad y trabajar en equipo para que el enfermo se sienta tranquilo, seguro y con la libertad de expresarse.

Funciones de la TCAE en Urgencias:

-Colaborar con los celadores en la movilización y transporte de los enfermos que deben ser trasladados a los boxes en camillas. Los TCAE deben saber el funcionamiento de cada una de las camillas.
-Se le prestara ayuda, en caso de necesidad para vestir y desvestir al enfermo. En todo momento se salvaguardará su intimidad y se le facilitará un camisón.
-Se les proporcionará una bolsa de plástico para que el paciente guarde sus pertenencias en ella.
-Se le hará la higiene en caso de necesidad.

-Antes de su exploración, se le preparará al paciente para tal fin.
-Se tomarán las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Estas deben ser observadas y valoradas por un médico.
-Los resultados de estas mediciones hay que apuntarlas en la gráfica conveniente, aunque hoy en día los hospitales tienen un programa informático donde se anotan.
Está gráfica es un documento hospitalario donde se recogen los datos del enfermo, gracias a este documento, se observa la información y su evolución de manera rápida y eficaz.
Es un elemento que forma parte de la historia clínica del enfermo y que, por lo tanto, está ligada a la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) en cuanto a privacidad, protección y preservación de la misma.
-Ayudar a los enfermos en caso de necesidad a darles las comidas y los medicamentos por vía oral, rectal o tópica.
-Controlar y reponer los boxes (junto la DUE) de medicamentos, material sanitario, lencería, etc.
-Reponer carro de curas, limpieza y revisión del carro de paradas, etc.
-Llevar al laboratorio muestras, tramitar solicitudes radiológicas, ecografías, resonancias, etc.
-Limpiar y mantener el material, instrumentos, monitores, etc.
-Ayudar a la DUE en todo lo que necesite; administrar medicamentos por vía parental, colocar sondas, enemas, recogida de muestras de esputos, orina, heces, plan de cuidados de cada paciente, etc.
-Al realizar el cambio de relevo comunicar a los compañeros toda la información y las incidencias ocurridas en el turno.
-Supervisar y vigilar el estado del paciente, si se producen cambios en la tonalidad de la piel, si tiene dolor.
-Informar con respecto a ingesta de alimentos, eliminaciones, si la comunicación con el paciente es coherente o no, si es colaborador…
-Rellenar los documentos oficiales.
-Mantener el secreto profesional.
-Informar al paciente y acompañantes de la ubicación del servicio, sobre la normativa del centro; derechos y obligaciones de los pacientes, régimen de visitas.
-Daremos al paciente una pulsera identificativa, que llevará puesta hasta que salga del centro.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión en la Unidad de Urgencias de un hospital trabajan sanitarios de muchos ámbitos y ofrecen una asistencia y una atención de calidad para atender las necesidades de los enfermos. En esta unidad se proporcionan cuidados de la salud y una asistencia médica para estabilizar al paciente.

Por todo ello, la Auxiliar de Enfermería en Urgencias desarrolla unas actividades que son de gran importancia, ya que, estará pendiente del paciente y brindará los cuidados para contribuir a la recuperación del mismo. El TCAE forma parte del equipo multidisciplinar y trabaja en cooperación con enfermería. El auxiliar ofrece al paciente un trato humanizado con una atención integral durante su estancia en el servicio de urgencias valorando sus necesidades. El equipo planifica y ejecuta sus cuidados hasta que sea trasladado a planta, dado el alta médica o trasladado a otro centro.

6 Bibliografía

1. MaryBecka jun 12, 2020. Presentación Urgencias. Ubicación Scribd.
2. Juan Barrientos Saldaña Apr 13, 2013. Funciones del Auxiliar de Enfermería. Ubicación Scribd.
3. Almudena Mei Nov 05, 2017. Acogida de Pacientes en el Servicio de Urgencias. Ubicación Scribd.
4.Marta Valero Aug 23,2019. Urgencias. Ubicación Scribd. https://revistamedica.com/papel-tcae-urgenciashospitalarias/#::text=El%20TCAE%20colabora%20en%3A%201%20Su%20transporte.%202,las%20llamadas%20de%20los%20pacientes.%20Mas%20cosas…%20

Capítulo 183

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON CONVULSIONES

MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

ROCIO MORENO ÁVILA

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cuando definimos la palabra convulsión, podemos encontrarnos en esa situación y quedar paralizados, pues nadie sabe si en un momento dado presencia, una de ellas como va a reaccionar, suelen aparecer en pacientes con un diagnóstico de epilepsia. El TCAE posee por mediación de estudios reglados, en los que, durante su formación como grado medio, han podido conocer que es la patología Epilepsia con todos sus signos y síntomas. Con lo cual es uno de los profesionales preparados para poder actuar en los primeros momentos hasta que pueda llegar los servicios médicos de urgencias.

El proceso de cuando se produce una convulsión es por déficit en el funcionamiento del cerebro. Ocurren por una actividad súbita eléctrica y anormal en el cerebro. Las personas cuando hablan de convulsión piensan en sacudidas y movimientos rápidos, pero se equivocan, también existen personas las cuales no llegan a reaccionar con sacudidas. Suelen durar entre 2 segundos y 3 minutos Por lo que es más difícil de identificar que le está sucediendo.

Podemos definir de nuevo que es una epilepsia, ya que forma parte de nuestra revisión bibliográfica. Aunque no siempre una persona puede sufrir una convulsión por una epilepsia también puede haber convulsión ante una fiebre en neonatos, una disminución de sodio o glucosa en sangre.

2 Objetivos

-Describir por parte del TCAE los diferentes signos y síntomas de una convulsión presenciada.
-Analizar que tipo de actuaciones deberemos seguir ante una convulsión el TCAE.

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

-En cuanto a nuestra revisión bibliográfica hemos podido observar y demostrar que el TCAE ante una convulsión presenciada podrá actuar siempre que contenga la formación adecuada o conceptos formativos. -La actualización de formación sanitaria por parte del TCAE ante que se puede realizar ante una convulsión presenciada, conociendo que es por una epilepsia.
-Los síntomas y signos que se pueden observar es rigidez, el paciente caerá desde su propia altura, se deberá apartar cualquier objeto, mueble etc. con el que pueda dañarse el paciente. En caso de llevar la ropa muy apretada intentar aflojar la ropa, nunca meter objetos en la boca. Intentar colocar algo debajo de la cabeza

para evitar que esas sacudidas repetidas puedan lesionar la integridad de la piel, el occipital o cabeza.
-Regulará y ordenará el círculo que este alrededor del paciente de manera que no se amontonen cerca del paciente para poder darle sitio y no forzar otras lesiones que puedan realizarse.
-El TCAE organizará y dirigirá a la gente que se encuentre cerca del paciente cuando se encuentre convulsionando para evitar lo comentado anteriormente. Una vez que se compruebe que han cesado las convulsiones, el paciente estará confuso, si es posible se colocara en posición de seguridad, o posición de Sims, por si realiza algún vómito tras esta convulsión. De esta forma evitaríamos una broncoaspiración, ya que su organismo todavía está débil por esta actividad eléctrica producida por el cerebro.
-Cuando despierte va a encontrarse cansado, exhausto, débil, pero es dentro de la normalidad estos síntomas. Por lo que nos debe de asustar esto.
-En caso de convulsión que no cese puede incluso perder el conocimiento, por lo que la situación seria más grave, se observaría si respira, colocando la cabeza en el pecho, también buscaríamos el pulso para ver si está realmente en PCR o es un shock. En caso de PCR se comenzará con compresiones torácicas, salvo que cerca exista una DESA y podamos emplearlo. Todo esto comentado se realizaría por profesionales sanitarios TCAE etc. Con conocimientos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y por mediación de nuestros resultados hemos podido ver que el TCAE puede ayudar al paciente que esté en proceso de epilepsia o con una convulsión, conociendo los pasos adecuados y ayudara al equipo médico en caso adecuado.

También hemos podido ver que el TCAE participa activamente en todas las actividades dentro del centro sanitario en el que trabaja, por lo que cuenta con los conocimientos necesarios para poder actuar precozmente ante una convulsión presenciada. Qué tipo de acciones debe de llevar a cabo para que en el menor tiempo posible este paciente sea atendido.

Ser ordenado, pensar rápido, dirige maniobras para no ser el mismo el que ejecuta todos los cuidados ante una convulsión, aplicar cualquier técnica que vaya a ser mejor para el paciente. También es importante saber que ante todo esto la seguridad también del TCAE debe de ser valorada, no va a procesar cuidados cuando también está en peligro su propia vida.

6 Bibliografía

1. Roberto Horacio Caraballo, Natalio Fejerman. Tratamiento de las Epilepsias. Ed. Médica Panamericana. 2009.
2. Cuéllar R, Molinero M. Tratamiento de los niños con epilepsia de difícil control. Neurol 2003; 37 (4): 371-375.
3. Salvador Cruz J. Intervención neuropsicológica en la epilepsia. En: Viveros 259 Fuentes S. Rehabilitación neuropsicológica: estrategias en trastornos de la infancia y del adulto. México: Manual Moderno; 2014. p. 203-217.
4. García Peñas JJ. School failure and pediatric epilepsy. Rev Neurol. 2015; 60 (Supl 1): S63-S68.

Capítulo 184

EL TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA O GASTROSCOPIA

ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA

LAURA MARIA ALFARO GARCIA

CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA

LIDIA LÓPEZ GARCÍA

FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

¿En qué consiste una Endoscopia Digestiva?
Es un procedimiento que realiza el médico con un endoscopio (tubo flexible con una cámara que se encuentra en su extremo, el cual ayuda a diagnosticar y tratar síntomas y afecciones de esófago, estómago y la parte superior del intestino o duodeno. La imágenes se plasman en un monitor a tiempo real, se pueden almacenar y examinarlas.
Su duración oscila en torno de quince a treinta minutos, aunque puede que si hay aspectos inesperados o haya que tomar algún tipo de tratamientos terapéutico o biopsia se pueda alargar un poco más. Se pueden diagnosticar en ese momento

hernias de hiato, esófago de Barret (afección en la que el revestimiento plano y rosado del esófago que conecta la boca con el estómago se daña).3
Es un medio terapéutico , ya que el endoscopio permita pasar los aparatos necesarios para poder realizar técnicas como dilataciones de zonas estenóticas, quitar pólipos y tratar hemorragias además de coger biopsias para luego analizar, entre otras cosas.
Es un método cómodo y bastante seguro, ya que evita la cirugía abierta en muchos casos.
En el presente capitulo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ejerce un papel importante en su ejercicio profesional. 2

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en la gastroscopia

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo, se ha ejercido una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: topdoctor, niddk y Scielo, cogiendo artículos científicos de publicaciones académicas actualizadas y con mucha veracidad. Hemos aprovechado, el conocimiento, la información, la revisión de guías y protocolos así como estudios microbiológicos para que el trabajo del TCAE sea lo más eficaz posible.

4 Resultados

La endoscopia digestiva alta está indicada cuando su médico crea que pueda haber evidencia de alguna enfermedad esofágica, estomacal o duodenal. Ante síntomas como dificultad al tragar, ardores o dolor de estómago, entre otros. Mediante una gastroscopia se pueden tomar biopsias para poder analizar lesiones y aplicar tratamientos. También a través de esta técnica se puede detener una hemorragia mediante la inyección de sustancias esclerosantes, tratar varices del esófago, cauterizar vasos sangrantes, extirpar pólipos (polipectomía), dilatar zonas estrechas introduciendo distintos tipos de dilatadores, extraer alimentos u objetos impactados a distintos niveles.

En relación a todo lo anterior expuesto las funciones del TCAE se desprende que:

- Se le debe preguntar al paciente si acude a realizarse la prueba en ayunas de 6 a 8 horas previas a la exploración , esto hace que disminuya la posibilidad de vomito, con el riesgo que entre en la vía respiratoria. Se le llevará a la sala en donde se le realizará la exploración.

- El Técnico de auxiliar de enfermería deberá hacer las aclaraciones que precise el paciente sobre la exploración, antes de firmar y entregar la hoja del consentimiento informado.

- Se le realizará una serie de cuestionario sobre alergias, enfermedades que padezca y medicamentos que esté tomando, así como sobre la razón de pedirle la prueba y si fuese alérgico algún fármaco.

- El TCAE deberá advertirle que la exploración no es dolorosa , tan solo molesta y tendrá una sensación nauseosa.

- Antes de comenzar con la prueba, se le deberá retirar las prótesis dentales o piercings de la boca, lengua o labios en el caso de que llevase.

- Se deberá tumbar al paciente en una camilla sobre el costado izquierdo y se le colocará un protector dental a través del cual se pasará el endoscopio y se le colocará en un dedo un sensor indoloro para medir el oxígeno de la sangre.

- El equipo procederá a la exploración, que durará entre 3 y 5 minutos, o más tiempo si se aplica algún tratamiento.

- El técnico en enfermería deberá explicarle al paciente que puede notar la garganta entumecida y molesta, así como gases debido al aire que se le insufló pero que estos efectos desaparecerán muy pronto y, cuando lo hagan, podrá comer su dieta habitual, a menos que se le indique lo contrario.

5 Discusión-Conclusión

La tarea del TCAE es clave dentro del equipo formado en Endoscopia, para la colaboración y ayuda al facultativo ya que debe conocerse todas las técnicas que se emplean a la hora de realizar la endoscopia -gastroscopia como hemos descrito en el apartado de resultados.

- El TCAE debe conocerse y ocuparse del material necesario para cada prueba.

- Valorar y seguir la recuperación del paciente.
- Realizar el pedido del material fungible y comunicárselo a la Supervisora de la unidad.
- Responsabilidad junto con el personal de enfermería del cuidado integro del paciente.
- Lavado, desinfección y mantenimiento tanto del material como de los tubos empleados en cada prueba.

6 Bibliografía

1. Scielo, niddk
2. Topdoctor
3. Wikipedia

Capítulo 185

EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR EN LA COLONOSCOPIA

ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA

CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA

LAURA MARIA ALFARO GARCIA

LIDIA LÓPEZ GARCÍA

FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

¿qué procedimiento seguimos para realizar una Colonoscopia?
Dicha prueba consiste en un examen utilizando un tubo flexible de un centímetro de grosor que se introduce por el ano, el cual tiene una luz y una cámara con la que se puede ver todo el intestino grueso y el intestino delgado también llamado íleon terminal.
Esta exploración se la debe de recomendar el médico cuando el paciente tenga más de 45 años y pueda tener un riesgo padecer cáncer de colon, pero cuando solo la edad es el factor de riesgo, esta se deberá realizar cada 10 años. Si hubiese otros factores se debería realizar antes.
La colonoscopía puede ayudar al facultativo a esclarecer las causas de dolor abdominal, porque padece de un sangrado rectal, diarrea crónica, disminución de peso y otros problemas en el intestino.

También se puede proceder a ordenar una colonoscopia por algún tratamiento específico; como para fijar un stent o para extraer un objeto del colon.

Cuando se realiza la colonoscopia se tendrá que hacer con analgésicos y sedantes para que no sea tan dolorosa. El tiempo necesario para la exploración podrá ser de 30 a 60 minutos más o menos.
Al terminar, el paciente puede que sienta dolor en el abdomen y una posible presión, con necesidad de expulsar gases de su intestino. Estas molestias son transitorias y se pasarán en un espacio corto de tiempo, desde no hace mucho se utiliza CO^2 en lugar de aire, ya que así no se producen molestias al realizar el estudio.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico auxiliar en la realización de la colonoscopia

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo, se ha ejercido una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: niddk y Scielo, mayo clinic, cogiendo artículos científicos de publicaciones académicas actualizadas y con mucha veracidad. Hemos aprovechado, el conocimiento, la información, la revisión de guías y protocolos así como estudios microbiológicos para que el trabajo del TCAE sea lo más eficaz posible.

4 Resultados

En relación a todo lo anterior expuesto las funciones del TCAE se desprende que:

1. El Tcae debe preguntar si el paciente toma algún anticoagulante, ya que si fuese así deben de informar al facultativo por si se debe posponer la prueba. El paciente debe de seguir las pautas que le indiquen o dejar de tomar los medicamentos temporalmente hasta que el médico considere oportuno. Ya que si se toman pueden aumentar el riesgo de sangrado durante la prueba. En el caso de anticoagulantes como el Sintrom pudiese ser necesario suspender de 3 a 5 días antes y sustituirlos por otros inyectables.

2. El TCAE junto con el personal de enfermería debe de asegurarse que el paciente lleva dos días desde que comenzó una dieta baja en residuos.
Por lo general, no podrás comer alimentos sólidos el día anterior a la colonoscopia. Las bebidas se limitarán a líquidos: agua sola, té y café , consomé (caldo), y bebidas carbonatadas. Los líquidos rojos no los deben de tomar ya que pueden confundirse con sangre durante la colonoscopía. La noche antes de la prueba no debe de tomar nada.2
La dieta sola no es suficiente para eliminar todos los restos fecales, por lo que se deberá completar la limpieza del colon con la toma de una solución evacuante y abundantes líquidos.

El TCAE informará al paciente que debe recostarse sobre un lado de la camilla con las rodillas flexionadas hacia el pecho y se le colocará en un dedo un sensor indoloro para medir el oxígeno de la sangre. El médico introducirá el colonoscopio en el recto previamente lubricado para facilitar su entrada.
3. Si el doctor cree que una zona necesita ser evaluada con precisión, introducirá por el colonoscopio unas pinzas para tomar una biopsia (una trozo pequeño del revestimiento del colon) para analizarlo. El facultativo puede encontrar pólipos que son crecimientos anormales, casi siempre benignos. El médico no siempre puede distinguir un pólipo benigno de otro maligno (canceroso) por el aspecto exterior, por lo cual puede mandar a analizar los pólipos que extrae. La mayoría de las veces el cáncer empieza en los pólipos, su extirpación puede prevenirlos. Estos se quitan utilizando polipectomía con asa. Esta técnica se realiza pasando un lazo de alambre a través del colonoscopio y coagulando o cortando el pólipo de la pared intestinal utilizando una corriente eléctrica. Durante la polipectomía no se siente ningún dolor. 2
4. Si la colonoscopia existe sitio de sangrado, este debe desaparecer inyectando medicamentos por cauterización (sellado de los vasos sangrantes mediante calor) o poniendo pequeños clips, todo ello a través del colonoscopio. Por lo general, estas técnicas no son dolorosas y en un hora el paciente comenzará a recuperarse del sedante. Normalmente la prueba durará alrededor de 45 minutos. Tendría que venir acompañado ya que los efectos de la sedación pueden tardar en desaparecer. No deberá conducir, ni volver al trabajo durante el resto del día.
5. Existe la posibilidad que el paciente se sienta hinchado o libere gases durante un determinado espacio de tiempo, mientras descarga el aire del colon. Caminar le aliviará las molestias.
6. También es posible que pueda observar una pequeña cantidad de sangre con su primera deposición después del examen. Por lo general, esto no es causa de preocupación. Debe de consultar al médico si se continuase sangrando o si tiene

dolor abdominal persistente o fiebre.

5 Discusión-Conclusión

La tarea del TCAE es clave dentro del equipo formado en Endoscopia, para la colaboración y ayuda al facultativo ya que debe conocerse todas las técnicas que se emplean a la hora de realizar la endoscopia -colonoscopia como hemos descrito en el apartado de resultados.

- El TCAE debe conocerse y ocuparse del material necesario para cada prueba.
- Valorar y seguir la recuperación del paciente.
- Realizar el pedido del material fungible y comunicárselo a la Supervisora de la unidad.
- Responsabilidad junto con el personal de enfermería del cuidado integro del paciente.
- Lavado, desinfección y mantenimiento tanto del material como de los tubos empleados en cada prueba.

6 Bibliografía

1. Cancer.net,Scielo, top,
2. Niddk.nih.gob,mayo clinic

Capítulo 186

LA LIMPIEZA DE ENDOSCOPIOS REALIZADA POR EL TÉCNICO AUXILIAR

ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA

CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA

LAURA MARIA ALFARO GARCIA

LIDIA LÓPEZ GARCÍA

FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

La endoscopia permite mirar al interior del organismo, en este caso del aparato digestivo, a través de los orificios de entrada y salida del alimento que nos proporciona la naturaleza y si hubiese modificaciones se podría efectuar un diagnóstico con un fin curativo o también llamado terapéutico.
A través de los endoscopios que se utilizan para poder ver el intestino hay un riesgo bastante importante en la transmisión de enfermedades bacterianas y virales, por lo que la tarea de limpieza ha llegado a tener una gran prioridad y se ha convertido en una necesidad importantísima que debe ser asumida por el técnico auxiliar en cuidados que trabaja realizando la prueba.1
De la misma manera, los últimos avances que se han realizado y los accesorios tan complejos que se utilizan, requieren de una efectiva desinfección para que

en la endoscopia no exista exposición a las infecciones, como por daños que se puedan ocasionar en el uso de productos químicos para su limpieza.
Una gran mayoría de los agentes patógenos necesitan un ciclo de vida que lleva tiempo ósea que no proliferan inmediatamente. La limpieza, la desinfección y la esterilización, son importantísimas para que no se desempeñe la infección nosocomial.
Puede darse el caso de transmisión de enfermedades como la tuberculosis, hepatitis virales, VIH entre los pacientes, así como se debe proteger a la exposición de la sangre y fluidos.

2 Objetivos

Conocer la forma correcta de mantener la limpieza y desinfección del endoscopio.

3 Metodología

En la realización de este estudio se ha elaborado una búsqueda minuciosa en libros, consultado artículos importantes derivados y relacionados con esta prueba en las bases de datos: sciencedirecta, revista-portalesmédicos.com, bimedica, escogiendo las mejores publicaciones que estaban a nuestro alcance para poder exponerlo claramente y sin que quede dudas de como es de importante este estudio para la salud de los pacientes. La información está contrastada para que sea lo más clara y eficaz posible.

4 Resultados

DESINFECCIÓN

La limpieza mecánica es la forma de desinfección más eficaz por:
Los endoscopios son material semicrítico, no pueden someterse a esterilización por autoclave, por lo que es recomendable, la desinfección de «alto nivel». Esta se realiza sumergiendo el endoscopio en soluciones desinfectantes, que deben cubrirlo. Hoy en día hay numerosos productos comerciales ideales para su desinfección.
Luego está el nivel de desinfección recomendado para el instrumental médico-quirúrgico, está en relación con el riesgo de infección asociado a su uso: esterilización, desinfección. Siempre deben observarse las siguientes reglas universales:

Todos los pacientes deben ser considerados como una fuente de infección y todos los endoscopios y dispositivos accesorios deben ser descontaminados con el mismo grado de exactitud en cada procedimiento endoscópico.

PROCESO AUTOMÁTICO

- Cuando se utiliza una máquina automática, se debe comprobar que todos los conectores están bien conectados a sus canales y seguir las recomendaciones del fabricante para que se haga una óptima desinfección. Aunque utilicemos este proceso también se debe realizar una limpieza manual efectiva.2

PROCESO MANUAL

- Utilizar (esterilizadora/desinfectante en frío a base de ácido peracético)con su tiempo correspondiente que será de 20 minutos.
- Preparar la solución desinfectante en el recipiente y cubrirlo. Esta solución se prepara con una duración de 24 horas y permite su utilización tantas veces como se necesite, después se desecharía.

Retirar el endoscopio de la luz y llevarlo a donde se va a realizar su limpieza.

- Poner el tubo en un recipiente adecuado a su tamaño.
- Comprobar que no haya marcas de mordidas hechas por el paciente.
- Quitar los restos de materia orgánica que estén adheridos a la superficie visible.
- Realizar el Test de fuga siempre antes de la inmersión del endoscopio para comprobar que funciona correctamente, en el Test de estanqueidad permitirá
- Separar las válvulas y el tapón del endoscopio, darle con una esponja y la solución preparada anteriormente para desprender los restos orgánicos como sangre, moco y saliva, el extremo distal se cepilla con un cepillo suave.
- Limpiar internamente todos los canales accesibles del endoscopio con un cepillo de limpieza interno.
- Enjuagar con agua limpia las superficies externas e internas.
- Irrigar los canales internos (de aire, de agua o de trabajo, etc.) con agua y detergente para arrastrar restos y asegurar que no estén obstruidos.

Siempre es recomendable realizar a alto nivel en termo desinfectadoras automáticas.

5 Discusión-Conclusión

Dicho todo lo anterior, llegamos a la conclusión que el personal Auxiliar de enfermería es un factor clave, dado que se debe comprometer a mantener una limpieza eficaz y exhaustiva no solo de los endoscopios, sino de todo el material que se utiliza en este procedimiento para prevenir las infecciones que se pudiesen derivar de no realizarse correctamente.
La limpieza del material debe llevarse a cabo inmediatamente tras su uso para evitar que los restos orgánicos que puedan existir, se resequen y adhieran a las superficies externas e internas.
El TCAE no solo debe saber realizar el proceso manual de limpieza del endoscopio, sino el funcionamiento de las termodesinfectadoras automáticas y todo lo necesario para su utilización.
Todo el personal de la salud debe saber como actuar para que no se produzca ninguna transmisión de patógenos.

6 Bibliografía

1. Sciencedirecta
2. Revista.portalesmedicos
3. Bimedica
4. Aeeed.com

Capítulo 187

FUNCIONES DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA CON PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

BEATRIZ ANGULO PEINADO

MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ

CRISTINA MORENO MARTINEZ

1 Introducción

Una fractura de cadera es una lesión grave y una de las consecuencias más graves en cuanto a morbilidad y coste sanitario.
Dos de los síntomas mas comunes en ancianos son: un dolor intenso en la cadera y la pérdida de movilidad de la articulación.
Es una de las complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Si la fractura se desplaza (los bordes de los dos trozos del hueso resultantes se separan) se puede apreciar cómo la pierna fracturada es más larga que la otra y se gira hacia el exterior. También es frecuente que aparezcan otros síntomas: derrames de sangre como consecuencia de la rotura de algún vaso sanguíneo y entumecimiento de la pierna.
El riesgo de fractura de cadera aumenta con la edad generalmente son personas con 80 años y mujeres con lo que lleva que muchas de las veces no entren a quirófano o por el riesgo a rechazar una prótesis. El peligro aumenta porque los

huesos tienden a debilitarse con la edad (osteoporosis). El uso de varios medicamentos, la vista deficiente y los problemas de equilibrio también hacen que las personas mayores sean más propensas a caer, una de las causas más frecuentes de la fractura de cadera.

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo que pueden ocasionar una fractura de cadera, reconociendo los signos y las técnicas de inmovilización previa a una intervención quirúrgica.

3 Caso clínico

Mujer de 67 años que presenta una fractura cerrada de cadera a consecuencia de una caída por resbalón en el cuarto de baño de su domicilio. La paciente presenta como antecedentes personales: Hipotensión arterial, osteoporosis transitoria de cadera, asma bronquial.
Tras una llamada de emergencia al 112, se traslada la ambulancia mecanizada al domicilio de esta paciente y se inmoviliza. Posteriormente se traslada al centro hospitalario mas cercano para diagnosticarle, se queda en los boxes de urgencias hasta que el personal sanitario concluya con un diagnóstico.
Se realizan radiografías de la cadera, y confirman Fractura Intracapsular Transcervical del cuello femoral derecho, por lo que se decide ingresarla en la planta de Traumatología para ser intervenido quirúrgicamente.
En planta se realiza una técnica de tracción cutánea en cama con una pesa de 4 kg. Lo que se pretende con esta técnica es aliviar el dolor, y mejorar el confort del paciente. El procedimiento de esta técnica es:
• Vendar la extremidad derecha y se coloca una cuerda con una pesa para que la extremidad afectada se mantenga por empuje.
Una vez a sido intervenida la paciente, sube a planta con un vendaje de sujeción para cubrir la zona intervenida y un posterior sangredo del post operatorio.
Se coloca una artroplastia de cadera derecha con una fijación interna mediante la colocación de tornillos.
Durante su ingreso hospitalario, se le explica a la paciente la correcta movilización de cama- sillón, para evitar complicaciones futuras. También le damos cita para el servicio de rehabilitación.
La paciente es dada de alta, tras 4-5 días más o menos de hospitalización, su autonomía es buena con ayuda de un andador, muleta…etc… Le aconsejamos a

la familia que estén unos días pendientes por si hay empeoramiento y para que no haga demasiado esfuerzo ya que se encuentra sola en el domicilio.

4 Discusión-Conclusión

La fractura de la cadera es la causa más frecuente, en los pacientes ancianos, de admisión hospitalaria en los servicios de traumatología y ortopedia.
El tratamiento es generalmente quirúrgico y su objetivo es reparar o sustituir hueso roto.
La mortalidad se encuentra entre el 5% y el 10% después de transcurrido un mes de la fractura y del 30% transcurrido 1 año.
Es de esperar alguna pérdida de capacidad funcional a nivel de la cadera en la mayoría de los pacientes.
Es necesario iniciar la aplicación de un programa multidisciplinar de rehabilitación antes de que el paciente vuelva a casa.

5 Bibliografía

1. Martínez A, et al. Fractura de cadera en ancianos. Revista Colegio de Ortopedia-Traumatología. 2005
2. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hip-fracture/symptoms-causes/syc-20373468
. Fractura de Cadera
3. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007386.htm

Capítulo 188

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA UROLOGÍA. LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ

BEATRIZ ANGULO PEINADO

CRISTINA MORENO MARTINEZ

1 Introducción

El Servicio de Urología es el encargado del estudio, diagnóstico y tratamiento de las patologías médicas y quirúrgicas del Aparato urinario masculino y femenino y el Aparato genital masculino. Son las patologías urológicas las que representan las causas más frecuentes atendidas en el Servicio de Urgencias.
El Aparato urinario está formado por:
• El riñón
• Las vías urinarias (uréteres, vejiga y uretra).
1. El riñón
Es un órgano par, tiene forma de habichuela y está situado a ambos lados de la columna vertebral. Su peso es de unos 150 g aproximadamente. En la parte superior del riñón se encuentran las glándulas suprarrenales.

2. Uréteres
Son dos conductos musculares con un tamaño aproximado de entre 27 y 30 cm, comienzan en la pelvis renal y terminan en la vejiga. Por ellos se desplaza la orina desde los riñones hasta la vejiga.
3. Vejiga
Es un órgano musculo- membranoso donde se almacena la orina. Su interior es rugoso y elástico, permitiendo así su distensión.
4. Uretra
Es el conducto por el que la orina sale al exterior a través de un orificio, el meato urinario. La uretra es de mayor tamaño en hombres que en mujeres, y además de expulsar la orina es por donde es expulsado el semen. En mujeres, además de ser de un menor tamaño, solo es expulsada la orina.
Las funciones del Aparato urinario son:
• Eliminar los productos de desecho procedentes del metabolismo.
• Regular la composición de los líquidos corporales.
• Actúa como órgano endocrino segregando eritropoyetina.

2 Objetivos

1. Conocer la anatomía y las funciones del Aparato urinario masculino y femenino y el Aparato genital masculino.
2. Describir algunas de las patologías que puedan afectar al Aparato urinario masculino y femenino y al Aparato genital masculino.
3. Exponer las causas urológicas más atendidas por el Servicio de 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio con el fin de obtener información sobre el Aparato urinario masculino y femenino y el Aparato genital masculino, como su anatomía, su función y distintas patologías que puedan afectarlo, así como las causas urológicas más atendidas en el Servicio de Urgencias.

4 Resultados

Se ha llevado a cabo una investigación para conocer la anatomía y las funciones del Aparato urinario masculino y femenino, también se ha descubierto la anatomía del Aparato genital masculino. Está compuesto por dos testículos, los conductos que parten de ellos, las glándulas reproductoras y el pene.

1. Los testículos

Son órganos glandulares, se encuentran alojados en una estructura en forma de bolsa denominada escroto. Están cubiertos por una cápsula de tejido conjuntivo fibroso llamada túnica albuginea, la cual contiene células que producen la hormona sexual masculina. Dentro de los testículos hay unos compartimentos donde existen unos túbulos seminíferos en los cuales se forman los espermatozoides gracias a las espermatogonias (células embrionarias).

2. Los conductos

• El epídimo: es donde desembocan los conductillos de los túbulos seminíferos, permite el paso de los espermatozoidesy también los almacena durante un periódo de tiempo, durante el cuál adquieren capacidades de fecundación y de movilidad.

• El conducto deferente: se inicia a continuación del epídimo y se une al conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador, es el encargado de transportar a los espermatozoides.

• El conducto eyaculador: desemboca en la uretra.

• La uretra: se divide en tres porciones (próstatica, membranosa y peneal o esponjosa).

3. Las glándulas reproductoras accesorias

Segregan varias sustancias que, junto a los espermatozoides forman el semen. Son:

• Las vesículas seminales.

• La próstata.

• Las glándulas bulbo- uretrales o de Cowper.

4. El pene

Está constituido por dos cuerpos cavernosos y uno esponjoso, rodeados por tejido conjuntivo y piel. En el extremo distal del pene existe un engrosamiento llamado glande, el cuál está recubierto por un pliegue de piel llamado prepucio, el cuál puede retraerse. Este órgano es el encargado de depositar los espermatozoides, además de eliminar la orina a través de la uretra. El pene junto al escroto forman los órganos genitales masculinos externos. También trata diversas patologías como son:

• Cáncer de próstata: es el tumor más frecuente en hombres, aunque si es diagnosticado a tiempo puede llegar a curarse en el 80% de los casos.
• Andropausia: es el decaimiento progresivo de todas las funciones fisiológicas del hombre, tanto a nivel cognitivo como físico. Se incluyen las pérdidas de memoria y concentración, debilidad muscular, incremento de grasa, osteoporosis, disminución de la potencia sexual…
• Hiperplasia prostática: es el crecimiento de la glándula prostática. Esta patología es muy frecuente y afecta a los hombres a partir de los 40 años, aunque el riesgo de padecerla va aumentando con la edad.
• Disfunción eréctil: es la incapacidad de mantener una relación sexual sin que influyan factores externos como estrés, fatiga…
• Litiasis: es la formación de cálculos o piedras en el riñón, aunque a veces también pueden formarse en los uréteres o la vejiga.
• Incontinencia urinaria: es la pérdida involuntaria de orina, la cuál puede estar relacionada con infecciones, enfermedades neurológicas, la edad…Suele afectar a la calidad de vida del paciente.
Además de algunas de las anteriores, también son patologías urológicas que muy frecuentemente son atendidas por el Servicio de Urgencias las siguientes:
• Dolor en el tracto urinario.
• Hematuria.
• Retención urinaria.
• Urgencias de prepucio.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llegado a la conclusión de que la urología se encarga de algo más que del Aparato urinario masculino y femenino, también se encarga del Aparato genital masculino y trata diversas patologías como algunas de las vistas anteriormente. También se ha llegado a la conclusión de que por todos los motivos expuestos anteriormente es tan importante que haya un servicio específico de urología en los centros hospitalarios ya que ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con algún tipo de problema tanto a nivel urinario, reproductor, sexual. Además no hay que olvidar que todo el personal sanitario debería tener conocimientos sobre este tema, ya que son las patologías urológicas unas de las causas que más son atendidas en el Servicio de Urgencias.

6 Bibliografía

1. https://urologíasanrafael.com
2. https://chguv.san.es/servicios-salud/servicios-unidades/urología
3. Libro Técnicas Básicas de Enfermería/ Editorial Editex
4. Access Medicina

Capítulo 189

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CRISTINA MORENO MARTINEZ

MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ

BEATRIZ ANGULO PEINADO

1 Introducción

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencia es uno de los puestos con mas responsabilidad, ya que requiere que conozca unas funciones y saber protocolos de cómo actuar en cada caso.
Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son las siguientes:
El TCAE es quien recibe al paciente después de haber pasado por el servicio de admisión y triaje de enfermería.
Una vez el paciente lo derivan a los boxes, allí lo acomoda, le mide las constantes vitales con el pulsioxímetro y el tensiómetro analógico de pared.
Valora las necesidades fisiológicas del paciente, por lo que se encarga de la recogida de orina, heces, esputo o vomito así como controlar el volumen y numero de excreciones para anotarlo en el registro de enfermería.
Después de una valoración por el personal de enfermería-medico, el TCAE participa en la administración de medicamentos por vía oral y rectal así como enemas de limpieza.

Debe comprobar que no haya lesiones en la piel, para evitar posibles ulceras por presión. De haberlas debe comunicárselas a enfermería para una valoración y cura.
También se encarga de preparar todo el material necesario que vayan a utilizar medico-enfermería durante la estancia del paciente.
Es el responsable del instrumental utilizado y de su limpieza así de mandarlo a esterilización, recibirlo y ordenarlo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
 Explicar las funciones que desarrolla en Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias.
Objetivos complementarios:
 Conocer el papel que desempeña el TCAE en este servicio.
 Valorar el puesto de TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, así como una revisión de los protocolos de actualización de diferentes centros sanitarios.
Se han usando palabras clave como: TCAE, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Auxiliar de enfermería, urgencias, funciones.

4 Bibliografía

1. https://www.academiaintegral.com.es/cursos-gratis
2. https://auxiliaresenferm.blogspot.com/2013/09/funciones-del-tcae-en-el-servicio-de.html.

Capítulo 190

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN

MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO

ANTONIO GARCÍA POZO

Mª ISABEL TARAVILLA MONTERO

MARIBEL STUART LEON

1 Introducción

La Terapia Electroconvulsiva, TEC, es un tratamiento dado en el ámbito de Psiquiatría en el que, por medio de la aplicación de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo en un paciente previamente anestesiado, se desencadena una convulsión tónico-clónica generalizada con finalidad terapéutica.
Fue en el año 1938 cuando el italiano Ugo Cerletti en colaboración con Lucio Bini lo aplicó por primera vez en humanos, no llegando a España hasta el año 1942, cuando se dio a conocer bajo el nombre de electroshock.
Su indicación principal era la esquizofrenia aunque, en la actualidad, es también la terapia de elección en los trastornos afectivos: episodio depresivo mayor unipolar o bipolar, episodio maníaco, cuadros catatónicos de diferentes etiologías y

psicosis aguda. Además, puede considerarse en enfermedades como la epilepsia refractaria al tratamiento, la enfermedad de Párkinson y en el síndrome neuroléptico maligno.
No hay contraindicaciones absolutas que impidan realizar la TEC, aunque sí encontramos con algunas relativas que se tendrán en cuenta: patología cardiovascular (infarto agudo de miocardio reciente, cardiopatía isquémica, HTA grave y refractaria, uso de marcapasos, terapia anticoagulante, enfermedades tromboembolíticas y tromboflebitis), cerebral (aumento PIC, TCE, hidrocefalia), riesgo de hemorragia (aneurismas, malformaciones vasculares), procesos degenerativos óseos graves (osteoporosis, artrosis), alteraciones endocrinas (hipertiroidismo, feocromocitoma, DM) y riesgo anestésico

2 Objetivos

Conocer los cuidados asistenciales de Enfermería ante un tratamiento de terapia electroconvulsiva, 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 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 TEC es un tratamiento que requiere de un equipo multidisciplinar en el que se incluya, además del psiquiatra, al anestesista y la enfermera, dado que se realiza bajo anestesia general y relajación muscular de corta duración. Gracias a esto se reduce considerablemente el riesgo de fracturas óseas asociadas a la fuerte actividad motora producida durante la convulsión.
Es el profesional de psiquiatría el que determina el número y la frecuencia de sesiones necesarias, basándose en la clínica y las características individuales de cada paciente. En caso de una situación aguda, suelen realizarse de dos a tres a

la semana, preferentemente a primera hora de la mañana, notándose la mejoría clínica a partir de la 4º-6º sesión.
Se suelen administrar una media de 6-12 TEC, añadiéndose sesiones adicionales si fuera necesario. Hay otras dos modalidades de sesiones de TEC: - La de continuación, cuyo objetivo es evitar recaídas y asegurar un buen resultado del tratamiento agudo, continuándose por 6 meses.
- La de mantenimiento, en donde la terapia se aplica en intervalos constantes o variables de tiempo, incluso a lo largo de la vida, considerándose pacientes TECdependientes.
La tendencia actual es emplear la corriente de pulso breve o pulsátil, con pulsos de
0'5-0'7 ms, frecuencias de 90-249 Hz y una duración total de 1-5 segundos. A esto hay que añadir que la impedancia total se recomienda sea inferior de 3000 Ohms, aunque todas estas medidas pueden variar según el aparato que se utilice. Gracias a todo ello, la corriente eléctrica pasará a través de unos electrodos colocados en la frente, consiguiéndose una convulsión tónico-clónica generalizada eficaz de unos 15-20 segundos de duración a nivel electroencefalográfico.
En caso de resultar fallida la estimulación eléctrica, se puede re-estimular a mayor intensidad, incluso repetir hasta 4-5 veces, debiendo trascurrir 20 segundos entre cada una de ellas. En ocasiones, será necesario administrar dosis adicionales de agentes anestésicos y/o relajantes.
Es también recomendable la aplicación de métodos que potencien la crisis convulsiva, tales como: reducir la dosis de anestesia y medicación con acción anticonvulsinante, utilizar flumazenilo si se necesita revertir la acción de las benzodiacepinas, proporcionar hiperventilación previa o usar anestésicos con menos efectos sobre el umbral convulsivo, tipo la ketamina o el etomidato.
Respecto a las actividades y cuidados asistenciales por parte de Enfermería, se dividen en tres etapas:
PRE-TEC:
- Comprobar Historia Clínica: alergias, antecedentes personales y familiares, tratamiento, pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, coagulación; ECG; radiografía de tórax), evaluación pre-anestésica.
- Consentimiento informado firmado tanto para la realización de la TEC como de anestesia.
- Control de constantes vitales antes de ir a la unidad donde se realizará el procedimiento (TA, FC, Sat 02, Tº, peso).
- Comprobar ayunas de 8 horas.
- Confirmar retirada de dentadura postiza, lentillas, gafas, audífonos y otras próte-

sis, así como objetos metálicos, esmalte de uñas, maquillaje, ropa interior o calcetines.
- Valorar y registrar el estado del paciente (agitación, inquietud, etc), proporcionándole apoyo psicológico, seguridad y tranquilidad.
TEC:
- Preparar la medicación necesaria para la anestesia y el carro de paradas con todo el material necesario en caso de que surjan complicaciones (fármacos, tubos endotraqueales, desfibrilador, etc), un ambú con conexión de oxígeno y mascarilla facial.
- Encender el aparato de TEC, comprobar su buen funcionamiento y los valores preestablecidos.
- Recibir al paciente y verificar su identidad.
- Colocación en decúbito supino, con los brazos y las piernas rectas y alineadas con el tronco.
- Canalización de vía venosa periférica en miembro superior, con sueroterapia de mantenimiento.
- Control de constantes y monitorización continua del paciente: ECG, TA, FC, Sat 022.
- Limpieza de la piel con un algodón impregnado en alcohol y colocación de electrodos de estimulación y registro electroencefalográfico. Los electrodos pueden colocarse bifrontotemporal, bifrontal (a los laterales de la cabeza, situando el punto medio de cada electrodo a 2,5 cm sobre la mitad de la línea imaginaria que une el trago con el canto externo del ojo) o unilateral derecha (un electrodo se ubica en posición frontotemporal y el otro a la derecha del vértice, en la región centroparietal). El TEC bilateral se recomienda cuando se prevén más de 10 sesiones, mientras que el unilateral, en caso de deterioro cognitivo previo.
- Preoxigenación 02 100% con ventilador en manual.
- Colocación del protector dental.
- Colaboración con el anestesista para administrar la medicación necesaria: Anticolinérgico1: atropina 0,4-1 mg.
- Inducción: methohexital, propofol, tiopental, ketamina o etomidato.
- Relajación muscular: succinilcolina 0,5-1 mgr/kg, valorando aparición de fasciculaciones.
- Tras la convulsión, aspiración de secreciones si precisa, colocación de mascarilla Ventimak y valoración de la estabilidad hemodinámica, respiratoria y neurológica, comprobando nivel de consciencia.
- Retirar electrodos de frente y limpiar los restos de gel.
- Traslado del paciente a URPA3.

POST-TEC:
- Posición Fowler.
- Monitorización continua y valoración hemodinámica, respiratoria y neurológica.
- Cuando cumpla criterios clínicos de alta según test de Aldrete, traslado a unidad receptora (planta, urgencias, domicilio).
- Vigilar la aparición de posibles efectos secundarios: náuseas, vómitos, confusión, intranquilidad, deterioro cognitivo, cefalea, estatus epiléptico, amnesia anterógrada o retrógrada, apnea prolongada por el uso de relajantes musculares y mialgias como consecuencia de la propia convulsión y el empleo de succinilcolina.

5 Discusión-Conclusión

La Terapia Electroconvulsiva, TEC, es un procedimiento terapéutico empleado en el ámbito de la psiquiatría desde el siglo XX donde, por medio de una corriente eléctrica administrada a través de unos electrodos colocados en la frente, se consigue una convulsión tónico-clónica generalizada.
Actualmente, la anestesia general y la relajación muscular proporcionan un mayor grado de confort y seguridad a esta técnica. El papel del equipo sanitario es fundamental pero el de la auxiliar de enfermería, tanto en la preparación como en el desarrollo y posterior seguimiento de esta terapia, es fundamental para lograr unos cuidados asistenciales buenos y de calidad

6 Bibliografía

1. Arrés Gázquez. Terapia Electroconvulsiva en pacientes con esquizofrenia y cuidados de Enfermería. Trabajo Fin de Grado en Enfermería, Universidad de Almería, junio 2018. Internet: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7146/TFG_ARRES%20GAZQUEZ%2C%20SACRAMENTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y].
2. Chávez M.E. Propuesta de protocolización para la práctica de la Terapia Electroconvulsiva en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Medicina Clínica y Social 2017; 1(2):126-142.
3. Protocolo de Terapia Electroconvulsiva. Indicación, procedimientos, seguridad y calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. 2015-2017.
Internet: [https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=protocolo+de+terapia+electroconvulsiva+hospital+12+octubre]

Capítulo 191

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN

MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO

ANTONIO GARCÍA POZO

Mª ISABEL TARAVILLA MONTERO

MARIBEL STUART LEON

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es el hogar de pacientes cuyos cambios fisiopatológicos están presentes o son potencialmente mortales y potencialmente curables. La UCI tiene un gran respeto no solo por los pacientes cercanos ingresados en esta unidad sino también por el personal médico que trabaja en otros campos, en la mayoría de los casos porque el equipo de la UCI es complejo y todo debe ser accesible para todos los pacientes. Falta mucho conocimiento sobre este departamento, por lo que el equipo de enfermería necesita hacer una investigación más profunda sobre este tema. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UMI) o Unidades de Cuidados Intensivos (UVI) son los principales lugares donde se realiza el trabajo médico especializado. Se trata de servicios centrales de carácter universal, en estrecha colaboración con otros servicios hospitalarios y

del sector sanitario, y que atienden tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, con un denominador común, su carácter grave y potencialmente curable. La práctica de la medicina intensiva requiere de un área determinada de conocimiento, un conjunto de habilidades y una amplia gama de actitudes psicológicas y humanas. La unidad de cuidados intensivos es uno de los lugares más importantes para introducir nuevas terapias y avances en los métodos de seguimiento y control.

2 Objetivos

- Conocer el área de internamiento de pacientes.
- Analizar los aparatos más comunes en la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar el personal de la UCI.

3 Metodología

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 área de la cama del paciente debe ser de al menos nueve metros cuadrados. Se recomienda tener:
- Lavamanos, idealmente al lado de cada cama, y al menos uno por cada dos camas, lo suficientemente profundo para evitar salpicaduras. - Ventanas que proporcionen luz natural y orientación espacial - hora En este sentido, también se recomienda el uso de relojes con almanaque. - Los revestimientos de paredes y pisos se pueden lavar y pintar sin sentirse sombríos o estimulantes con su brillo.
- La llamada del paciente y las señales de alarma del hardware deben ajustarse para que coincidan con su intensidad de sonido mínima. Su finalidad es reducir los niveles de ruido que suelen producirse en las instalaciones hospitalarias. - Los revestimientos de paredes y pisos de la unidad de cuidados intensivos y la sala de pacientes tienen la capacidad de absorber el ruido. - Vista directa del dispensario del paciente desde la oficina central u otros medios ópticos. - La pared de la

habitación del paciente debe ser de vidrio o plástico transparente con una altura desde el techo hasta la altura de la cama del hospital. - Hay suficiente espacio en la cabecera y los lados de la cama del paciente para la reanimación. - El reposacabezas requiere un soporte para colocar el monitor. Los botones de alarma, también ubicados en la cabeza del paciente, deben distinguirse claramente por color. - Conectar el número requerido y al menos 10 con voltaje y corriente de acuerdo a las especificaciones locales, debe estar a una altura de 7100 cm del piso para facilitar la conexión y evitar la desconexión mientras camina. - Dos puertos de oxígeno, uno para aire comprimido y dos para aspiración central en la cama junto a la cabeza del paciente, preferiblemente a ambos lados de la cama. Iluminación completa, incluyendo:

- La iluminación general en el techo es de unos 100W. - Lámpara de cabecera para el descanso del paciente. Luz de emergencia para todo el paciente, unos 200-300 vatios. - Luz focalizada de 150-200W de alta potencia y con varios tipos de sistemas de proximidad para procedimientos específicos. Las unidades más comunes en la unidad de cuidados intensivos son:
- El centro de monitoreo es un lugar lleno de insumos necesarios para las actividades diarias de las enfermeras (historias de pacientes, hojas de registro). - Los pacientes también pueden ser monitoreados en el centro de monitoreo, ya que desde este punto podemos ver todas las habitaciones a través de las paredes de cristalización. - En caso de alarma, podemos saber de qué habitación central proviene, ya que el dispositivo de alarma se activará y también se puede desconectar de la unidad central. - Los carros de emergencia están equipados con equipos, medicamentos, bandejas de preparación y otros consumibles necesarios para realizar operaciones de emergencia en la UCI. Los carros aseguran la disponibilidad inmediata de los materiales necesarios para este tipo de emergencias. Debe estar en un lugar predeterminado, conocido y accesible para todos los empleados. - El uso del carro y su contenido sólo está permitido en caso de emergencia. Una vez finalizada la intervención, los materiales usados deben ser reemplazados inmediatamente y debe asegurarse que todos los instrumentos, materiales y medicamentos sean adecuados. Después de revisar todo, el automóvil será devuelto a su lugar. - Se recomienda revisar el documento del mapa de colisión en determinados momentos, para ver si se ha utilizado o no. Los datos sobre el uso del carro de emergencia deben completarse en los formularios de registro. desfibrilador El propósito de la desfibrilación es restaurar la frecuencia cardíaca a la normalidad. El desfibrilador tiene una pantalla de electrocardiograma de derivación (D1, D2, D3) para reflejar los datos de frecuencia cardíaca. Para usar los cables de ECG, conecte los electrodos al monitor y colóquelos en el pecho del paciente. Hay dos

placas disponibles para la desfibrilación. Los omóplatos deben colocarse de manera que permitan el flujo máximo de corriente eléctrica a través del miocardio. Electrocardiograma: Un electrocardiograma (EKG) es un registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón. Un electrocardiograma está indicado para el diagnóstico de arritmias y cambios cardíacos. El registro se realiza a la velocidad normal de la red, lo que permite medir tanto la magnitud de los eventos eléctricos (voltaje) como su duración. La intensidad se mide en el eje vertical en milivoltios y el tiempo en el eje horizontal en segundos. Cada pequeña celda de la cuadrícula equivale a una unidad de tiempo conocida.
(0,04 segundos) y voltaje (0,1 mV), lo que le permite calcular rápidamente ambos parámetros. Es importante que el paciente se sienta cómodo y coopere, así que explíquele al médico tanto el propósito de la prueba como el procedimiento. Analizador de gases en sangre: El analizador de gases en sangre es responsable de analizar la sangre de las arterias. Los gases en sangre arterial se realizan en la muestra de sangre recolectada, lo que proporciona una definición objetiva de las siguientes condiciones:
- Oxidación de las arterias. - El intercambio de gases. - Ventilación pulmonar. - Equilibrio de radicales ácidos. Parámetros a tener en cuenta a la hora de medir la cantidad de oxígeno en sangre:
PaO2 es la presión parcial de oxígeno disuelto en la sangre. - SaO2 Porcentaje de oxígeno unido a la hemoglobina. - Monitor: Monitor cardíaco Monitoreo intraarterial, Monitoreo de la arteria pulmonar, Monitoreo de la presión intracraneal, Monitoreo de dispositivos portátiles. - Ventilador mecánico: cuando los pacientes con insuficiencia respiratoria no pueden contener la respiración, deben colocar un tubo de aire artificial. En primer lugar, se eligió el tubo endotraqueal como medio para restaurar la permeabilidad de las vías respiratorias. En este caso, el tubo se inserta a través de la nariz o la garganta hasta la tráquea. Este procedimiento se utiliza para establecer y mantener una vía aérea permeable. Evite la aspiración sellando la tráquea al tracto gastrointestinal en una persona inconsciente o paralizada. Permite la eliminación de la mucosidad de la tráquea en personas que no pueden toser adecuadamente. Trate a un paciente que requiera ventilación con presión positiva que no se pueda administrar de manera efectiva con una máscara. Oxímetro de pulso: El oxímetro de pulso proporciona información sobre la saturación de oxígeno de la sangre capilar. Se adjunta un sensor al dedo del paciente, que monitorea de manera no invasiva la saturación de sangre capilar con oxígeno. La pantalla muestra tanto la saturación de oxígeno como la frecuencia cardíaca. Los oxímetros de pulso, como los monitores, también se pueden programar con límites superior e inferior para la saturación de oxígeno

y la frecuencia cardíaca para que se active una alerta audible cuando se excedan ambos límites. personal de cuidados especiales
- ¿Cuántos médicos?
- Jefe de unidad de cuidados intensivos: Debe ser especialista en reanimación. Dedicar al menos siete horas al día y al menos 35 horas a la semana. - Auxiliar médico: Se deberá asignar un médico por cada una de las 8 plazas incluidas en el precio. - Médico de guardia: De guardia 24/24 horas, de pie y sólo en planta, hay al menos un médico por cada 8 camas hospitalarias. Una vez que se supera este número, se necesita otro especialista. - Enfermero. - Jefe de enfermería: al menos derivado a la unidad de cuidados intensivos
7 horas al día. - Enfermera de sala: una enfermera para dos camas en un turno, con conocimientos y experiencia en la sala. - Tutor: por cada dos camas debe haber un tutor durante siete horas al día. Los auxiliares de enfermería deben ser conscientes de la importancia de las buenas prácticas de higiene para los pacientes de la UCI, que suelen estar inmunocomprometidos y tienen una respuesta más débil a cualquier agente infeccioso, y por tanto más susceptibles a las llamadas infecciones nosocomiales. infección hospitalaria. Al transferir y colocar a un paciente en la unidad de cuidados intensivos, se deben tener en cuenta los principios de la mecánica y la alineación del cuerpo y aplicarlos en la práctica para reducir el riesgo de lesiones para el paciente y para nosotros. Las úlceras por presión son áreas focales de necrosis de la piel y los tejidos subyacentes, causadas por un flujo sanguíneo deficiente al área afectada debido a la presión prolongada entre el cóndilo y la superficie externa. Los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión incluyen aquellos mayores de 70 años con enfermedad neurológica, pacientes desnutridos o deshidratados, pacientes con incontinencia urinaria y pacientes inmóviles. Por ello, el seguimiento del paciente en la UCI es tan importante como estar en cama en todo momento. Los hospitales, y más específicamente la unidad de cuidados intensivos, están llenos de pacientes con deficiencias nutricionales y necesidades nutricionales variables. El establecimiento de nutrición artificial debe hacerse en casos especiales. Alcanzar los objetivos nutricionales deseados requiere un enfoque multidisciplinario que se centre en todos los profesionales de la salud, incluidos, por supuesto, los auxiliares de enfermería. Las bombas de infusión se utilizan para controlar el ritmo y garantizar la entrega del volumen correcto.

5 Discusión-Conclusión

El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, es quizás una de las situaciones más complicadas y más difíciles de asimilar a las que se puede enfrentar un paciente y por consiguiente, su familia. Es fundamental recibir al paciente de manera cordial ytratándole con respeto, hablando con él si su estado lo permite, llamándolo por su nombre.

El enfermo ingresado en esta unidad presenta un grado elevado de ansiedad, puede percibir una sensación de muerte inminente; y está rodeado de personas de las que percibe una ligera sensación de nerviosismo, que le realizan técnicas agresivas y además emplean palabras que él no entiende. Es muy importante informar a la familia con frecuencia del estado de su familiar, de los horarios de visitas, de las condiciones en las que se debe realizar cada visita y del estado en el que lo pueden encontrar, si es la primera vez que lo van a ver desde su ingreso.

El personal auxiliar de enfermería cobra especial relevancia en esta unidad. Debe conocer qué criterios de gravedad llevan a un paciente a ser ingresado en esta unidad y las técnicas más importantes, en las que debe colaborar con el personal de enfermería y medicina, para su correcta realización. Un paciente puede ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos procedente de otra unidad de hospitalización o del servicio de Urgencias.

Cuando una persona se encuentra en UCI, no sólo se encuentra alterada su salud, también se encuentra alterado el entorno, ya que no sólo se trata de una habitación más de hospital. El paciente en esta unidad dependerá aún más de personal sanitario, y en concreto del personal de enfermería para cubrir necesidades tan básicas como son la higiene y la alimentación .Por este motivo es necesaria una previa preparación del personal, incluido el auxiliar de enfermería, ya que en gran parte, de él dependerá la pronta recuperación del mismo y el hacer la estancia lo más agradable posible al paciente, además de su estrecha colaboración con el personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Abizanda, R., Padrón, A., Vidal, B., Mas, S., Berenguer, A., Madero, J., & Heras, A. (2006). Estimación pronóstica en enfermos críticos: Validación de un nuevo y muy sencillo sistema de estimación pronóstica de supervivencia en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva, 30(3), 101-108.

2. Alba Rosales, F. Y., & Chinchay Guerrero, W. E. (2019). Plan de mantenimiento

preventivo para mejorar la disponibilidad de equipos biomédicos-unidad cuidados intensivos, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2018.
3. Cabrera, L. S., Sánchez-Palacios, M., González, F. R., Medina, E. H., Ortega, A. C.,
& Arroyo, M. F. (2008). Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los Cuidados Intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva. Medicina intensiva, 32(7), 319-328

Capítulo 192

FRACTURA DE CADERA Y LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN

MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO

ANTONIO GARCÍA POZO

Mª ISABEL TARAVILLA MONTERO

MARIBEL STUART LEON

1 Introducción

La fractura de cadera en pacientes de edad avanzada es una de las patologías comunes. Esta es la complicación con mayores consecuencias sociales y médicas de la osteoporosis. Esta patología se asocia a una elevada morbimortalidad, así como a importantes incrementos de los costes hospitalarios. Los problemas derivados de la artroplastia de cadera se aplican a casi cualquier modelo de paciente funcional, por lo que nuestro objetivo será desarrollar un plan de cuidados donde identifiquemos los problemas reales, médicos y/o potenciales evaluados por el paciente. por Marjorie Gordon, y le asignaremos un número de Diagnóstico de Enfermería (Dx) con objetivos de intervención NOC (Clasificación de Resultados

de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervención de Enfermería) basados en la clasificación internacional NANDA (Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte). La elaboración de un plan de cuidados se considera una herramienta de gran utilidad para que los profesionales sanitarios garanticen una adecuada atención integral a los pacientes sometidos a prótesis de cadera.
La fractura de cadera es una lesión grave común que ocurre principalmente en personas de la tercera edad, para muchos pacientes puede significar una pérdida completa de la movilidad existente, y para algunas personas más débiles, desafortunadamente, alrededor del 30% de las personas mayores tienen fracturas de cadera. dejar de morir Para todos los profesionales de la salud, las fracturas de cadera son un problema único. Por un lado, hay una situación que se presenta con mayor frecuencia en personas mayores, así como en aquellos con antecedentes médicos, y por otro lado, por una simple caída, más común en el hogar, es decir, antes y después. . Siempre ...

2 Objetivos

Conocer y reconocer la importancia que tienen los TCAE en el momento de la movilización de un paciente con fractura de cadera.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una de las funciones más importantes que realiza el TCAE especialmente en las fracturas de cadera es la de prevenir lesiones en la piel, incluidas las más comunes, como las escaras, para lo cual debemos evitar las arrugas en la cama, talón, rodillera, en definitiva, tobillo. Haz tu mejor esfuerzo para evitar daños. Una vez que el paciente ha sido intervenido, tenga mucho cuidado con sus movimientos para evitar la luxación de la cadera debido a la flexión y rotación externa

forzadas. Siempre hay que tener mucho cuidado con el paciente al ir al baño, tener que agacharse demasiado, tener las rodillas unidas pero las piernas separadas, nunca dar la vuelta al paciente por completo, colocar una almohada en la cama para que el paciente no volcado La posición más peligrosa es la flexión de cadera, por lo que debemos prestar especial atención a la postura de sentarse en la cama durante la limpieza y alimentación. En ningún caso se debe estirar el miembro quirúrgico, se debe colocar una almohada entre las piernas para evitar la rotación interna del pie. Es muy importante no levantar al paciente sin el consentimiento del médico. Después de una intervención de fractura de cadera, hay ciertas posiciones que el paciente no debe hacer, y en TCAE tenemos que asegurarnos de que no sea así. La primera persona no debe cruzar las piernas, no debe flexionar excesivamente las caderas, no debe torcer o torcer la parte operada y no debe girar hacia la cirugía sin el consentimiento del cirujano. Como regla general, ya 48 horas después de la cirugía, se puede comenzar a dar los primeros pasos, siempre con prescripción médica y con la ayuda de un andador o muletas, para no sobrecargar el cuerpo de la nueva cadera.

5 Discusión-Conclusión

Se dice que el 50% de las caídas ocurren en casa, es por esto que debemos informar y aconsejar a la familia que en casa como ya lo hemos hecho los TCAE en el hospital, retire aquellas cosas con lasque el paciente se pueda tropezar, usar zapatos cerrados y con suela de goma tanto dentro como fuera del hogar, quitar todo tipo de alfombras pequeñas con las que el paciente se pueda enredar, colocar las cosas que se usan de manera continua en estantes que queden a mano, poner barras tanto en baños como pasillos y escaleras para la mayor comodidad y seguridad del paciente. Hay que tener mucha precaución en los levantamientos del paciente.

6 Bibliografía

1. https://sogacot.org
2. https://www.imq.es/
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
4. https://www.scielo.org/es/

Capítulo 193

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL USO DE LOS ENEMAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

CARLOS ESPADAS BARBA

LIDIA LOZANO GARCÍA

CLARA TORRENTE MAÑAS

M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO

BEATRIZ NAVARRO ESPADAS

1 Introducción

Llamamos protocolos de auxiliar de enfermería a una serie de procedimientos de actuación normalizados que los TCAE realizamos en función de cada necesidad. La ciencia, la medicina y la enfermería son categorías en constante evolución, por eso existen cada vez más protocolos de actuación que utilizamos los TCAE en nuestro día a día. Por ello, vamos a hablar de un protocolo muy utilizado, el enema de limpieza.

Los enemas son líquidos que se introducen por vía rectal en la porción terminal del intestino. Se pueden emplear como evacuantes (enemas de evacuación o de limpieza que son los más frecuentes y en los que nos vamos a centrar), para

ejercer una acción local o sistemática (enemas de retención) o con fines diagnósticos (enemas con sustancias radiopacas). Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño, se denominan microenemas.
También han de tenerse en cuenta en consideración las contraindicaciones, por ejemplo, pacientes que presentan patologías anorrectal (como hemorroides dolorosas, abscesos, fisuras) o pacientes con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona, antes de llevar a cabo el procedimiento.
El enema de limpieza se administrará bajo la orden de enfermería por el TCAE, siempre previa comprobación del que el paciente no presenta ninguna patología nombrada anteriormente, y/o el médico indique lo contrario.
Otro aspecto a tener en cuenta, saber si el paciente al que se le va a administrar el enema de limpieza, puede o no, colaborar para la técnica de administración.

2 Objetivos

Determinar el correcto protocolo de actuación a seguir para que la técnica de administración del enema de limpieza sea la más adecuada.

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.. La fuente de información principal empleada ha sido el ”protocolo de enema de limpieza” del Hospital Universitario Reina Sofía.
Las palabras clave han sido: enema, enema, limpieza, protocolo, procedimiento y paciente.

4 Resultados

El enema de limpieza se trata de un procedimiento de carácter diagnóstico y/o terapéutico de gran utilidad. Se trata de una técnica que ha de llevarse a cabo de forma rigurosa y siempre preservando la intimidad del paciente. Además, el personal el cual lo ha de llevar a cabo debe estar adecuadamente formado y debe de conocer los pasos adecuados para conseguir unos resultados óptimos.

En cuanto al protocolo de actuación a seguir este se basa en la preparación previa de todo el material y la preparación del paciente, en la administración del enema, y en el registro de la actividad asistencial llevada a cabo. Se han de tener en cuenta las posibles complicaciones que se pueden presentar durante o después de realizar la técnica. Es importante observar al paciente, asó como las características de las heces.

En caso de observar alguna irregularidad, se le informará de inmediato al personal de enfermería.

Como primer paso se ha de preparar todo el material necesario para la realización de la técnica. Para ello se necesitará:

- Guantes de un solo uso.
- Solución que se va a administrar.
- Bolsa para residuos.
- Esponjas.
- Jabón neutro.
- Pañal (si el paciente es no colaborador).
- Empapador-cubrecama.
- Lubricante.
- Sonda rectal nº adecuado.

Tras la correcta preparación del material se procederá a la realización de la técnica, para ello se han de llevar a cabo los siguientes pasos:

- Realizar el lavado de manos.
- Colocar los guantes.
- Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar, de forma comprensible y adecuada a sus características personales.
- Preservar la intimidad del paciente en todo momento.
- Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo.
- Realizar higiene de los genitales y de la zona anal si es necesario.
- Colocar el sistema de enema sobre el soporte a una altura de 35 cm por encima del ano.
- Colocar el empapador-cubrecamas debajo de las caderas y nalgas del paciente.
- Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
- Purgar y pinzar el sistema.
- Realizar la técnica del sondaje rectal.
- Despinzar el sistema y administrar la solución.
- Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.
- Informar al paciente que debe retener la irrigación durante 5-10 minutos.
- Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña.

- Observar el aspecto de las heces.
- Ayudar al paciente a realizar el aseo de la zona anal, si es necesario.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar el procedimiento, indicando la fecha y hora, el tipo de sonda empleada, el tipo de enema empleado, si es efectivo o no, el aspecto de las heces. Así mismo registrar cualquier tipo de incidencia y/o observación.

Observaciones:
- Si el paciente no puede retener la solución, se le deberá colocar la cuña.
- La longitud de la sonda a introducir será:

Adultos: de 7.5 a 10 cm.
Niños: de 5 a 7.5 cm.
Lactantes: de 2.5 a 3.75 cm.
La altura del irrigador en niños y lactantes será de 7.5 a 15 cm.
- Si el enema es un preparado comercial, se administrará directamente con la cánula lubricada, comprimiendo el envase hasta su total vaciado.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación del enema solo se hará cuando no quede otra alternativa.
El TCAE deberá tener en cuenta que para algunos pacientes el uso de enemas puede resultar violento, por lo que tendremos que hablar con los pacientes y explicarles con mucho tacto porque es necesario utilizar este proceso.
Durante todo el procedimiento habrá que vigilar el estado del paciente, para actuar con rapidez ante cualquier tipo de incidencia.
Tras finalizar la técnica es imprescindible el registro en la historia del paciente, el procedimiento realizado, la cantidad irrigada, el tiempo retenido, la efectividad del mismo y la consistencia de las heces.

6 Bibliografía

1. Protocolo de enema de limpieza. Hospital Universitario Reina Sofía.
2. Protocolo enemas: Fundación Hospital de Jove.
3. Protocolo de actuación administración enema: Google Académico

Capítulo 194

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

CARLOS ESPADAS BARBA

LIDIA LOZANO GARCÍA

CLARA TORRENTE MAÑAS

M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO

BEATRIZ NAVARRO ESPADAS

1 Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune del sistema nervioso que afecta la cerebro y a la médula espinal y que afecta a una gran cantidad de personas y que depende me muchos aspectos y en concreto en España hay un número elevado de casos por el clima del país porque lo que se sitúa en un riesgo medio-alto a la hora de sufrir esta enfermedad.
Suele afectar más a las mujeres que a los hombres y los primeros síntomas se empiezan a ver entre los 20 y los 40 años del comienzo de la vida laboral de la persona sea hombre o mujer.

Esta enfermedad con paso de los años va haciendo que la persona empiece a no tener el control del movimiento de sus extremidades tanto superiores como inferiores como la parte superior del cuerpo como es la cabeza hasta el punto de quedar en una silla de ruedas como en estado vegetal y ser totalmente dependiente, es decir, que todo lo relacionado con las actividades de la vida cotidiana como la higiene corporal, oral y vestirse, debe ser realizada por una o más personas dependiendo de la complexión que tenga el enfermo que la sufre y de sus familiares

2 Objetivos

Conocer cuáles son los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en los pacientes con esclerosis múltiple y su desarrollo correcto junto con otros profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Cuiden, Pubmed, Cochrane plus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y libros específicos sobre esclerosis múltiple.

4 Resultados

Las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la EM son las que se desarrollan a continuación, y es importante realizarlas de manera correcta y segura para evitar complicaciones:

- Ayudar a las personas afectadas a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad, como: sintomatología, pruebas diagnósticas, evolución, pronóstico, tratamientos.
- Mantener y proporcionar independencia para que poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD).
- Colaborar con el equipo multidisciplinario en todas las prácticas que sean necesarias aplicar al paciente en cualquier momentos.
- Enseñar de manera correcta y deforma segura la administración de los medicamentos prescritos y observar si hay algún tipo de efectos.

- Realizar un control de adherencia al tratamiento de la persona que lo recibe.
- Prevenir y paliar complicaciones secundarias a la enfermedad, que no agraven en ningún momento el bienestar ni la calidad de vida.
- Detectar riesgos o problemas para la salud, mediante la consultas de otras fuentes de información que haya disponibles para tener seguro como actuar si hay algún contratiempo.
- Elaborar un plan de cuidados en función del proceso de atención de Enfermería adecuado a cada paciente con EM.
- Educar en autocuidados: cómo reconocer y actuar ante un brote, medidas higiénico-dietéticas, etc., usando un lenguaje sanitario que puedan entender la persona que padezca la enfermedad.
- Educar sanitariamente: informar sobre los síntomas que pueden aparecer en la evolución de la enfermedad que sea con un lenguaje entendible por la persona interesada y que padezca la EM.
- Lograr 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

Como conclusión podemos decir que debido al ritmo de vida que llevamos, al tipo de trabajo que desarrollamos, la alimentación que llevamos, y el clima en el que vivimos pueden ser causas de que desarrolles ese tipo de enfermedad.
En concreto en España hay muchísimos casos de EM por la diferencia de clima que hay en el país y las diferentes climas que conviven, ya que, se ve una clara diferencia entre la parte norte del país y la parte sur, que hay unas diferencias muy destacadas, lo que hace que haya mas riesgo de sufrirla, y sobre todo en mujeres.
Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en atención al paciente con EM, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.revista-portalesmedicos.com

Capítulo 195

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

CARLOS ESPADAS BARBA

LIDIA LOZANO GARCÍA

CLARA TORRENTE MAÑAS

M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO

BEATRIZ NAVARRO ESPADAS

1 Introducción

El recién nacido es un bebé que tiene como máximo 28 días desde su nacimiento. Es la etapa más corta de la vida y también una de las más cruciales, desde el punto de vista de la salud o la enfermedad. Es importante un buen cuidado para descartar posibles patologías en el neonato.

Durante los primeros 40 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se pueden descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo ser humano.

Tras el nacimiento, se llevan a cabo una serie de pruebas cuya función es determinar el estado de salud del recién nacido, diferenciando variantes de normalidad

y fenómenos temporales de signos clínicos de enfermedad, y realizar un cribado para detectar, tratar y seguir neonatos de riesgo.
Debemos tener en cuenta que un neonato tiene características funcionales diferentes (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria).
Se pretende valorar la correcta adaptación del recién nacido a su nuevo entorno. Para ello se realizan las siguientes acciones: observar malformaciones mayores, test de Apgar (mediante sencillos parámetros cardiovasculares y neurológicos puntúa de 0 a 10 el estado del neonato) y valoración de la edad gestacional.

2 Objetivos

Identificar los principales cuidados que se deben realizar en un bebé tras el parto y el cuidado del cordón umbilical.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática y exhaustiva en diversas bases de datos (Google académico, Scielo, Medline) sobre todo artículos en revistas científicas y de salud, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es muy importante un buen cuidado en las primeras horas tras el parto, ya que el recién nacido se siente desprotegido, por eso se realiza la técnica conocida como "piel con piel" con la que se logra un vínculo afectivo que les ayuda a que su corazón llegue a latir con más energía y una mejor respiración.
Durante las primeras horas de vida no se hará un aseo convencional (agua y jabón) con el fin de evitar una posible alteración del pH además tiene una sustancia blanca, semi grasa que recubre su piel llamada vermix caseoso que tiene una función nutritiva de la piel y protege frente a infecciones. Muchas veces limpian la zona de la boca para la eliminación de posibles secreciones bucofaríngeas (flemas, mocos) y así colaborar para que tome sus primeras bocanadas de aire.
En la parte superior de la cabeza hay un ligero hundimiento en forma de rombo que se llama fontanela anterior, y en la parte posterior de la cabeza otra similar

en forma de triángulo que recibe el nombre de fontanela posterior. Las fontanelas permiten el crecimiento cerebral y se cierran con el paso de los meses.
Debemos de prestar especial atención en el cuidado del cordón umbilical, el cual se pinzará pasado dos minutos para que tenga un mejor nivel de hierro y su cuidado se basará en evitar exponerlo al agua y a la humedad y limpiándolo con alcohol de 70 ° con pequeños toques con una gasa estéril ya esto ayudará a la cicatrización de este. Suele caerse entre los cinco y los quince días de vida, si se nota mal olor, enrojecimiento de la piel alrededor del ombligo o salida de líquido de amarillento se debe de consultar al doctor.
Es de vital importancia una correcta orientación a los padres primerizos, ya que evita que se produzcan errores al alimentarlo, al limpiarlo, al vestirlo, al bañarlo y otras tareas en la que los padres primerizos no son conocedores de ellas.

5 Discusión-Conclusión

Mediante estos cuidados conseguiremos evitar alteraciones en su estado de salud en sus primeras horas de vida es de vital importancia una atención exhaustiva tanto por el personal sanitario como por los padres y familiares del recién nacido. Los padres primerizos por norma general tienen muchas dudas que les asaltan, nuestra misión es ayudarles en todo lo posible y responder a todas las dudas que tengan transmitiéndoles confianza en los cuidados. También es muy importante que los profesionales de la salud y los padres estén pendientes de la vigilancia de los signos de alarma y ante cualquier problema consultar al doctor.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001926.htm.
2. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_17.pdf.
3. https://www.natalben.com/primeros-cuidados-reciennacido.
4. https://www.conmishijos.com/bebes/cuidados/cuidadosdel-recien-nacido/.

Capítulo 196

DIFERENCIA DE ZONAS Y ÁREAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA

CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO

MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES

ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ

ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ

1 Introducción

La actuación y el papel de los profesionales de enfermería de un Servicio o unidad de Urgencias determinará de modo claro la evolución posterior de la mayoría de los enfermos con patología urgente que concurren a un hospital. Cada profesional ya sea facultativo, Técnico, auxiliar, celador, administrativo... es primordial y necesario para proporcionar una actuación rápida y eficaz ante cualquier urgencia.

La Urgencia es una situación o suceso por la que el usuario cree o está seguro de que precisa asistencia sanitaria, independientemente de si existe peligro para su vida o no. Una emergencia sería aquella situación por la que la persona puede perder la vida o quedar con secuelas irreversibles si no es atendido con rapidez.

La emergencia correspondería a 2 tipos de situaciones.
1. Situaciones de diagnóstico indudable que exigen una actuación terapéutica inmediata para salvar la vida del enfermo.
2. Situaciones o síndromes que pueden causar la muerte del enfermo en poco tiempo si no se inicia un tratamiento rápidamente. En estos casos hay que hacer lo antes posible un diagnóstico basado en la etiología para descartar esas causas mortales o iniciar tratamiento.
Se habla de Urgencia ante:
- Situaciones sin peligro vital inmediato, pero sí en un período de tiempo corto, si no se diagnostican y tratan precozmente.
- Situaciones sin peligro vital en un plazo breve, pero que precisan de un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico para evitar la diseminación de la enfermedad a la comunidad.
- Situaciones banales y habituales en las que él debe actuar inmediatamente para tranquilizar al enfermo o familiares, mostrándoles que los síntomas que presentan carecen de importancia.
- Urgencias Sociales: La falta de asistencia social adecuada obliga muchas veces a actuar ante situaciones no médicas.
- Urgencias por deficiente asistencia extrahospitalaria que inducen al enfermo a consultar de forma urgente por problemas que no se presentarían como una adecuada estructura sanitaria tanto en Atención Primaria como hospitalaria.

2 Objetivos

- Identificar desde nuestro papel de TCAE la diferenciación de las zonas del Servicio de Urgencias.
- Analizar el Sistema de las unidades de urgencias a la hora de la clasificación de enfermos.

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, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La organización y estructuración del servicio de urgencias:
Debe encontrarse en la planta baja o en planta sótano del hospital. Debe distribuirse en un plano horizontal en todas sus dependencias y estar comunicado verticalmente con el resto de los servicios del hospital, principalmente bien comunicado con servicios especiales como U.C.I. , farmacia, banco de sangre, quirófano, laboratorio, diagnóstico de imagen ... debido al estado crítico y a la necesidad de tratamiento urgente de algunos de los enfermos atendidos por el Servicio de urgencias. Se comunica con el resto del hospital por escalera de acceso y dos ascensores uno de ellos de uso único y exclusivo para enfermos y urgencias.
La unidad debe constar de las siguientes Zonas:
- Zona de Admisión y recepción de enfermos.
- Zona de información S.I.U
- Zona de Consultas de Urgencias.
- Puesto de celadores de Urgencias.
- Sala de espera de enfermos y acompañantes.
- Aseos para enfermos y acompañantes.
- Sala de espera de enfermos con sueroterapia.
- Zona de descanso de personal de Enfermería.
- Zona de descanso de personal Facultativo.
- Aseos para personal.
- Dormitorio de Facultativos Residentes.
- Vertedero. Cuarto de Limpieza.
- Zona de almacén.

El acceso a Urgencias debe efectuarse mediante un camino independiente del resto de la entrada del Hospital. La zona de recepción es compartida para enfermos y familiares, el personal de admisión está dispuesto para la toma de datos para la elaboración de la hoja de asistencia. La entrada al Servicio debe ser exclusiva para los enfermos y el personal que los atiende.
- Admisión de Urgencias: Zona administrativa estará dotada de líneas internas y externas de teléfono, terminales del sistema informático, fax y comunicación directa con la zona asistencial. En ella, se lleva a cabo la recepción del enfermo, toma de datos personales...
- Zona de Triage: Zona destinada a la clasificación de los enfermos que acuden al Unidad de Urgencias, dotado de espacio para albergar varias camillas, sillas y sillones de enfermos, será de uso exclusivo de enfermos y personal destinado a esta función, debe estar comunicada con: la Entrada de Urgencias (HALL), por

pasillo interno a Urgencias y a la zona asistencial.
- Servicio de Información: En él se encontrará un profesional que se encargará de mantener informados a los enfermos y familiares, así como de responder a todas las dudas que tengan. Será dicho profesional quien entre a las consultas a preguntar al facultativo e informarse de los enfermos.

Las funciones de los auxiliares de enfermería en urgencias son:
- Aseo de enfermos dentro de la unidad.
- Limpieza y desinfección del instrumental, así como de carro de curas y de parada.
- Tareas de Limpieza y orden de las vitrinas, estanterías y demás aparataje de la unidad.
- Colaborar con las enfermeros/as en el cuidado de los enfermos de Urgencias, así como en la efectuación de técnicas de enfermería como curas, vendajes, extracciones de sangre.
- Manejo de muestras biológicas y sanguíneas.
- Movilización de enfermos: ayudar al enfermo a acomodarse en la camilla de exploración e incluso ayudar a desvestirse si fuera necesario.
- Función organizativa: No debemos permitir la entrada de más de un familiar (según protocolo hospitalario) acompañando al enfermo , ya que entorpece la asistencia.
- Reposición del material (tanto del sanitario como administrativo) y medicación de las consultas.

El sistema de clasificación de enfermos:

Al llegar un enfermo al servicio de Urgencias, él o su acompañante pasará por admisión de urgencias para dar los datos de afiliación. Allí se le hará el impreso para el informe clínico y las etiquetas adhesivas que se pasan al control de enfermería o en su defecto a la consulta. Allí se le efectuará una primera clasificación.
- Tarjeta roja: extrema urgencia. Si no se actúa inmediatamente la persona puede fallecer.
- Tarjeta amarilla: Urgencia diferida. Lesiones que si no se tratan se pueden convertir en críticas.
- Tarjeta verde: Enfermos leves: Lesiones que no comprometen la vida.
- Tarjeta azul: Urgencia sobrepasada. Lesiones que son incompatibles con la vida.
- Tarjeta negra: Fallecidos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería como persona que forma parte del equipo de Salud ya sea de un Hospital, de un Centro de Salud, va a estar en contacto continuo con personas que van a presentar una serie de patologías, las cuales en un momento determinado pueden ocasionar una situación de peligro

vital. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar capacitado para atender de forma correcta y con precisión accidentes que necesiten Primeros Auxilios. Esta necesidad se hace extensiva a toda la sociedad, todas las personas adultas e incluso los niños debería formarse en técnicas de socorrismo y primeros Auxilios, ya que según se ha demostrado más de 60% de los accidentados reciben la primera asistencia de las personas que acuden en primer lugar a la zona del accidente y que por lo general no corresponde a personal especializado.

En los servicios de urgencias hospitalarios se lleva a cabo la primera toma de contacto con los enfermos que requieren un tratamiento inmediato en el hospital. Los cuidados que se ejecutan en estos servicios son diferentes a los requeridos en otros servicios de los centros hospitalarios. Todo el personal facultativo, enfermeros y auxiliares son imprescindibles en el servicio de urgencias. Es totalmente necesario que cada miembro del equipo sepa cuál es su función en cada momento para una buena atención al enfermo.

Las patologías más frecuentes que se pueden encontrar en urgencias son:

1. Angina de pecho:

- La clínica se corresponde con dolor, que a veces se acompaña de sudoración fría, palidez cutáneo-mucosa, pudiéndose experimentar sensación de muerte inminente.
- Las anginas de pecho pueden evolucionar hacia la muerte si no son correctamente tratadas o tener complicaciones del tipo del infarto agudo de miocardio o arritmias.

2. Infarto agudo de miocardio:

- Dolor de duración superior a treinta minutos. No cede con nitratos sublinguales ni con reposo.
- Complicaciones: Arritmias, insuficiencia cardíaca, shock, rotura de las paredes cardíacas, pericarditis.

3. Insuficiencia Cardíaca:

- Es la incapacidad del corazón para bombear la sangre necesaria para irrigar los tejidos de forma conveniente para cubrir las demandas de oxígeno.
- Complicaciones: Shock cardiogénico. Edema agudo de pulmón, Infarto agudo de miocardio, Complicaciones tromboembólicas, insuficiencia renal, insuficiencia hepática.

4. Edema agudo de pulmón:

- Se trata del estadio más grave de la insuficiencia cardíaca, que requiere tratamiento inmediato. Se produce un paso de líquido fuera de los vasos sanguíneos que inunda los alvéolos pulmonares, debido al éxtasis venoso que se produce como consecuencia de la insuficiencia cardíaca.

5. Hipertensión arterial:
- La tensión arterial es la presión ejercida por la sangre sobre la pared arterial. Esta va a depender de dos factores: gasto cardíaco y resistencias periféricas.
- La hipertensión arterial: Es un factor de peligro para la cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y accidentes cerebrovasculares.
- Las urgencia o crisis hipertensiva se refiere a una situación en la que se refiere bajar la presión arterial de inmediato. Puede darse por una encefalopatía hipertensiva, una hemorragia intracraneana, un aneurisma aórtico, una insuficiencia ventricular izquierda, o en el infarto agudo de miocardio.

La formación que se debe tener en este campo debe ir desde la atención en caso de hemorragias, fracturas, quemaduras, hasta la resucitación cardiopulmonar en caso de infarto. Todo esto va a ayudar en muchas ocasiones a salvar la vida de las víctimas o bien a disminuir los peligros y efectos derivados de los accidentes. Es por todo esto que el personal Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer y manejar todas las técnicas necesarias relacionadas con el socorrismo.

Ante una situación de emergencia súbita con peligro vital está demostrado que la resolución del caso dependerá , en gran medida, de la primera respuesta sanitaria que se dé. El 60% de los accidentes son atendidos en un principio por personal no sanitario y son numerosos los estudios que demuestran que la resolución de un caso está en relación directa con el tiempo de respuesta por parte del equipo sanitario.

Los primeros auxilios son aquellas técnicas que se aplican de forma inicial en caso de accidente y que se caracterizan porque no se posee material específico ninguno, de modo que con lo que se tenga alrededor en ese momento hay que actuar. La enseñanza de los Primeros Auxilios pretende desarrollar los conocimientos básicos, actitudes y habilidades necesarias para reconocer la naturaleza de la lesión, evaluar la gravedad, y dar soporte inicial al accidentado.

La persona que ejecuta las funciones de primeros auxilios debe tener una serie de características que lo diferencian de los demás y que demuestran que ha recibido una formación adecuada en primeros auxilios.

Debe cumplir dos premisas:

1. Tranquilidad:

Hay que actuar deprisa, pero con serenidad, transmitiendo a los demás una sensación de seguridad, y por supuesto a la propia víctima. Así se logrará dominar la situación y evitar el pánico.

2. Composición del lugar:

Una vez ha acontecido el accidente hay que tener una visión amplia y determinar

de qué modo se va a actuar; para ello se deben de seguir unas pautas que son las siguientes:

- Proteger: El lugar del accidente puede suponer un peligro añadido al accidentado, por eso hay que evitar el peligro o eliminarlo, hay que hacer seguro el lugar del accidente.
- Alertar: Cuando es necesario avisar a los servicios especiales de socorro ,además esto debe hacerse correctamente, y en la llamada hay que indicar siempre: a. El lugar donde se ha producido el accidente. b. El tipo de accidente que se ha producido. c. El número de heridos. d. Y es necesario identificarse correctamente dando el nombre para inspirar confianza.
- Socorrer: En un accidente, las víctimas pueden presentar diversas lesiones .En estos casos se debe efectuar un orden de prioridades para atender en primer lugar a aquellas que impliquen una urgencia vital.

5 Discusión-Conclusión

Con todo esto se demuestra que la persona que efectúa los primeros auxilios es el primer eslabón en la cadena de supervivencia que se pone en marcha cuando se establece una citación de emergencia o un accidente.

El tiempo en los primeros auxilios juega un papel fundamental, ya que depende de la rapidez con la que se actúe, el éxito de la ayuda será menor o mayor. En la mayoría de las ocasiones cuando sucede un accidente es el Socorrista o cualquier persona del entorno más cercano la que suministra la ayuda hasta la llegada del personal sanitario cualificado. La intervención, debe ser organizada, y llevar un orden determinado, de esta forma ahorraremos esfuerzo y tiempo para aumentar la calidad de la asistencia. Donde más influencia tiene el factor tiempo es en las paradas cardiocirculatorias.

La intimidad del enfermo debe ser respetada en todo momento. El profesional sanitario debe mantener en secreto todas aquellas confidencias que reciba en el ejercicio de su profesión .No podemos desvelar ningún hecho ni dar a conocer ningún documento utilizado durante nuestra profesión.

El bien jurídico que se protege es la seguridad del propio enfermo, respeto a su intimidad y la profesión sanitaria.

En ciertas situaciones especiales como enfermedades de declaración obligatoria o en los casos donde hayan podido ser víctimas de malos tratos, nos veremos obligados a romper el secreto profesional por el bien a terceras personas o para no poner en peligro la salud pública.

6 Bibliografía

1. Almeida, A. O. D., Araújo, I. E. M., Dalri, M. C. B., & Araujo, S. (2011). Conocimiento teórico de los enfermeros sobre parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19(2), 261-268.
2. Alonso, J. J., & Bueno, H. (2007). Angina de pecho estable. Trascendencia clínica en la era de la intervención, limitaciones y avances actuales de su terapia farmacológica. Revista Española de Cardiología Suplementos, 7(4), 9D-18D.
3. Ayuso Raya, M. C., Pérez López, N., Simarro Herráez, M. J., & Escobar Rabadán, F. (2013). Evaluación de un proyecto de" triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 6(3), 144-151.
4. Bertomeu, V., Cequier, Á., Bernal, J. L., Alfonso, F., Anguita, M. P., Muñiz, J., ... & Elola, F. J. (2013). Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. Revista espanola de cardiologia, 66(12), 935-942.
5. Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Rojas-Martínez, R., Pedroza, A., Medina-García, C., & Barquera-Cervera, S. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública de méxico, 55, S144-S150.
6. Cervera, G. R., Del Castillo Blanco, A., Aizcorreta, O. P., Morais, L. P., & el GTIRA, D. L. S. (2014). Ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en el edema agudo de pulmón cardiogénico. Medicina Intensiva, 38(2), 111-121.
7. Cosialls i Pueyo, D. (2000). Gestión clínica y gerencial de hospitales servicio de información.
8. Encinas, K. D., & Puente, M. M. (2011). Aplicación de la simulación discreta para proponer mejoras en los procesos de atención en el Zona de emergencia de un hospital público. Industrial data, 14(1), 47-54.
9. García, M. M. (2013). Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. RevistaEnfermeríaCyL, 5(1), 42-49.
10. Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). Primeros auxilios II (Técnicas básicas de enfermería). Editex.
11. Millán, E. M. (2008). ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 20(4), 276-284.
12. Navarro Machado, V. R., Rodríguez Suárez, G., Hernández, F., Orduñez Gar-

cía, P. O., & Ferrar, M. I. (2001). Atención de víctimas en masa: Propuesta de un sistema por tarjetas de funciones. Revista cubana de salud pública, 27(1), 36-44.
13. Tudela, P., & Deltell, J. M. M. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 27(2), 113-120.

Capítulo 197

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA O UNIDAD DE QUEMADOS

CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA

MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES

ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ

ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ

1 Introducción

La incidencia de las quemaduras ha ido en decadencia en las últimas décadas, sin embargo, las lesiones asociadas a las mismas son frecuentes y de gravedad, encontrando que se ocasionan más de 3000 decesos al año a causa de las mismas. Además, de manera anual requieren de tratamiento, 47000 quemados que sufren quemaduras, encontrando que el 44 % provienen de lesiones por el fuego, el 33 % por líquidos escaldadura, el 9 % por contacto directo con objetos calientes, el 4 % de quemaduras relacionadas con la electricidad y el 3 % de químicas.
Las lesiones que se vinculan a las quemaduras son de una gran gravedad y precisan de un tratamiento muy costoso. La piel es uno de los mayores órganos del cuerpo y desempeña muchas funciones, entre otras el funcionar como una barrera protectora, teniendo dos capas principales, la epidermis y la dermis, que se

separan por una membrana basal. Las quemaduras que provocan la destrucción o eliminación la piel de manera completa y de sus anexos pueden dar lugar a graves alteraciones que pueden comprometer al quemado a nivel inmunitario, también por la pérdida de líquidos, infección y cambios en el aspecto y de la imagen corporal. En su tratamiento participan distintos profesionales, entre los que encontramos al auxiliar de enfermería, que apoyará en su abordaje como miembro esencial del equipo de enfermería dentro de la unidad de quemados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar el papel del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de quemados de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. 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

Tras analizar distinta literatura científica, se encuentra los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son unos de los principales actores y profesionales en el cuidado del quemado con esta tipología de lesiones, siendo su tratamiento un gran reto, dado que el quemado presenta múltiples características que hacen complicado su tratamiento, tales como: el dolor, la deformidad de la zona quemada, los problemas con la movilidad, así como otros problemas psicológicos (ansiedad, problemas depresivos y la inseguridad a la hora de volver a integrarse en la vida cotidiana). El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a atender a distintas cuestiones a la hora de participar en el tratamiento de estos quemados: deben conocer el grado de la lesión, es decir, la profundidad de la quemadura, como resultado de la intensidad y de la duración de la exposición del área al foco de calor, con lo cual la lesión puede variar desde un problema menor y poco grave, hasta una gran pérdida de piel. Por lo tanto, se ha de evaluar correctamente la

gravedad de estas quemaduras en cuanto a la profundidad de las mismas, como a su extensión en la piel, de cara aplicar los adecuados tratamientos.
Aquí entra en juego la "regla de los 9" consistente en dividir el cuerpo en zonas de 9 % y sus múltiplos: por un lado, el cuello y la cabeza, con 9 % cada una; por otro lado, el pecho y el abdomen, con un 18 %; la espalda, con otro 18 %; el brazo, con un 9 %; las piernas (donde incluimos el pie y las nalgas), con un 18 % y las zonas genitales con un 1 %.
Relacionado con la profundidad de la lesión, encontramos tres tipos de grados en función de la gravedad: el primer grado son quemaduras de que solo afectan a la capa externa de la piel, que causan enrojecimiento, hinchazón y dolor, pero que no revisten consecuencias graves a largo plazo; en segundo lugar, encontramos de segundo grado, que pueden persistir con cicatrices y, en tercer, las de tercer grado, que afectan a las capas más profundas de la piel y pueden dar lugar a graves consecuencias a medio y largo plazo, encontrando que la piel puede incluso quedarse adormecida a causa de la muerte celular. Existen distintas variables que influyen en que la recuperación sea mejor o peor, como: la edad, el estado físico de la persona y existencia de otras patologías previas.

Se debe tener en cuenta que las quemaduras ocasionan en el quemado pérdidas importantes de de líquido que deben ser repuestos, ya sea por vía oral o por vía intravenosa.
La ropa ha de ser despegada de manera paulatina, con agua o suero fisiológico, para evitar llevársela al retirar la ropa, ya que normalmente se suele quedar pegada; además, se ha de tener en cuenta que los quemados presentan un gran dolor, por lo que precedentemente de aportar el tratamiento se debe valorar si el quemado presenta alergias o alguna contraindicación.
Los auxiliares de enfermería, además, deben conocer que las quemaduras ocasionan respuestas hipermetabólicas a causa en la eliminación del calor, con lo que se precisará la introducción de nutrientes para evitar descompensaciones.
Además, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de la alimentación de estos quemados, entendiendo que en quemaduras de segundo y tercer grado - especialmente en estas últimas- el inicio de la alimentación se efectúa por vía parenteral tras haber manejado correctamente al equilibrio hídrico y electrolítico.
También se encargarán de las curas, esperándose que la herida supure líquido de color amarillento. Se han de limpiar las quemaduras al menos 2 veces al día hasta observar que reduce esta supuración y que comienza la cicatrización; por lo tanto, se recomienda el uso de antisépticos como la clorhexidina. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de conocer los signos y los síntomas

que pueden derivar en una septicemia, tales como la fiebre, la frecuencia cardíaca elevada y la frecuencia respiratoria elevada; también será su labor abordar, en la medida que sus funciones lo permitan, la recuperación psicológica de la persona, ya que una lesión producida por las quemaduras precisa de aprendizajes nuevos y de habilidades nuevas.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene el reto de tratar y cuidar al quemado en la unidad de quemados, siendo estos quemados unos pacientes muy complicados dado el nivel de ansiedad que suelen presentar, así como las inseguridades y problemas para reactivar su vida cotidiana una vez finalizados los tratamientos. Por lo tanto, los auxiliares de enfermería deben brindar cuidados oportunos y adecuados a las características de los quemados, apoyándolos no solo en la rehabilitación de la salud, sino también en la reinserción en su vida habitual y enseñándoles nuevas habilidades y herramientas para su desempeño posterior. Por todo lo anterior, este profesional ha de estar adecuadamente formado en atender a los quemados con quemaduras, conociendo también las características de estas, su extensión, profundidad y cómo afectan a nivel psicológico al quemado.

6 Bibliografía

1. Naranjo Quintero, J. (2018). Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el quemado quemado.
2. Reyes Escobar, B. M., Castro Zúñiga, L. S., & Pérez Sandino, R. I. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Enfermería al quemado adulto en la unidad de quemados del Hospital Occidental Dr. Fernando Vélez Paíz Managua, Nicaragua enero 2019 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
3. García Ferreiro, A. (2015). Estudio sobre el abordaje psicológico de los profesionales de enfermería en paciente quemado.

Capítulo 198

OCUPACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES DEDICADAS A DROGODEPENDIENTES

MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA

CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO

ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ

ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ

1 Introducción

La drogodependencia o la toxicomanía es el consumo mantenido y reiterado no terapéutico de sustancias que incitan y encaminan a una dependencia tanto psicológica o física. Se trata de una fase de intoxicación repetitiva o crónica derivada por el uso reiterado de la droga. El individuo que la consume siente un impulso incontrolable a continuar con el mal hábito y seguir consumiéndola a pesar de saber de saber qué sus efectos son negativos, deterioro físico, psíquico y social. Podemos enumerar las drogas en unos siete conjuntos en ocupación de sus características y particularidades farmacológicas:

- Opiáceos. heroína y sus derivados, Opio, morfina.
- Psico estimulantes. Cocaína y las anfetaminas.
- Depresores del SNC (sistema nervioso central). barbitúricos, Alcohol etílico, benzodiacepinas.
- Cannabis. El Hachís y marihuana.
- Alucinógenos. mezcalina, LSD, psilocibina.
- Solventes: benceno, acetona, éter, óxido nítrico.
- Psico estimulantes menores: nicotina y la cafeína.

El camino hacia la dependencia emprende en la gran mayoría de las ocasiones por la simple curiosidad o por la averiguación o incluso por que se considera un juego. También por estados muy bajos de ánimo, aburrimiento, desconocimiento, desmotivación o desinterés.

Tipos de dependencia:

- Psíquica. Necesidad repetida de tomar una droga, con el fin de obtener una sensación placentera y de satisfacción o para evitar un malestar.
- Física. El que no consuman sobrelleva una serie de ciertos síntomas físicos designados con el nombre del síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se concreta como las perturbaciones y las reacciones físicas que brotan cuando una persona el cual es el que padece una adicción a cierta sustancia y la deja de consumir.
- Social. Es la presión social que el grupo obra sobre ese individuo para que realice el acto del consumo de drogas.

La intervención y el tratamiento al afectado drogodependiente de toxicomanías debe ser examinada desde una visión en su conjunto, teniendo en cuenta modos biológicos, psicológicos y los sociales. El tratamiento es muy complicado y difícil, ya que el adicto o drogodependiente no suele pedir ayuda ni auxilio y este requerirá de mucho apoyo. El tratamiento en estos afectados drogodependientes consta de diversas fases:

- La Motivación. Debemos tratar y trabajar la motivación que tiene el afectado drogodependiente para el abandono incondicional y si tratos de las drogas, y a partir de este se bosqueja el tratamiento posterior.

Sería un error fatal dar comienzo al tratamiento si en el afectado no existe una motivación, además el adicto debe acudir de modo voluntario.

- Desintoxicación. es el primer paso para el camino del tratamiento. Se deberá interrumpir el consumo de drogas y se comenzará la desintoxicación al afectado. Es una período y fase muy breve de una duración entre los 8 a 10 días. En un principio se debe hacer en régimen interno hospitalario, no es nada aconsejable y no suele funcionar hacerlo en forma ambulatoria, y este solo se haría si el

afectado está muy motivado.
- Rehabilitación. Se preparará al afectado drogodependiente para su posterior incorporación a la vida que llevaba y a la sociedad. Es una fase demasiado dura y prolongada en el tiempo ya que esta puede perdurar varios años, entre los cuales suelen o pueden que surjan recaídas. Esta rehabilitación se enfoca y se realiza en todos y cada uno de los ámbitos, social, familiar y laboral.

2 Objetivos

Describir las actuaciones sanitarias, más especialmente aquellas desempeñadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en los tratamientos de la drogodependencia y el protocolo en cuanto a la actuación ante una intoxicación aguda por drogas en los Centros de Atención a la Drogodependencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones y el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de asistencia y atención a la drogodependencia.
En los Centros de apoyo y Ayuda a la Dependencia, el técnico en cuidados auxiliares de la enfermería desarrolla, realiza y ayuda al desarrollo de algunas labores. Algunas de sus competencias son:
- Obtención de las muestras. Muestras de orina y muestras de sangre. El objetivo de este control es comprobar si el afectado está llevando correctamente el programa de tratamiento o, por el inverso, sí ha vuelto al al habito de consumir.
- Control de constantes vitales. Se medirán los parámetros como la tensión arterial (TA), el pulso y la temperatura de los drogodependientes como un control básico de la salud en ese momento de estos, además de supervisar muchos de los efectos, se controlarán los medicamentos que son manejados en el impuesto tratamiento.

- Administración de fármacos. El personal enfermero y el drogodependiente cumplimentarán una hoja detallando la clase y el tipo de medicamento, así como la dosis y el consentimiento de tomarla. El objetivo y finalidad de este control es poder comprobar que la dosis, la vía, el afectado y por supuesto el fármaco son los correctos.

En cuanto al trabajo en lo referente en la atención al drogodependiente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener en consideración las siguientes pautas:

- Informar siempre al afectado y a los familiares de las características principales de su enfermedad, ayudando y orientando de los peligros que supone su hábito tóxico.
- Facilitar y fomentar que el drogodependiente reconozca y asuma su dependencia y enfermedad así poder proveer la atención precisa en las situaciones de urgencia que se pueden presentar derivadas del consumo.
- Motivación y apoyo al drogodependiente para que renuncie a la toxicomanía dándole consejos sobre los recursos utilizables y la información de los posibles tratamientos, siempre optando el más conforme para su caso.

Protocolo de actuación en caso de una intoxicación aguda.

De acuerdo con el pliego del Centre Can Roselló, las fases de la actuación ante intoxicación aguda por estupefacientes incluyen:

I. Comprobar y asegurarse de si el afectado está consciente y de si respira. Avisar al 112

- Si respira y él está consciente, conservar al intoxicado caliente y persistir a su lado hasta encontrar ayuda.
- Si respira y él no está consciente, colocar al intoxicado en la conocida posición lateral de seguridad.
- Si no respira y él está consciente, comenzar con la reanimación cardiopulmonar (RCP).

II. En caso de precisarlo, tratar al intoxicado si exhibe alguno de los siguientes signos de padecer un shock: como debilidad, los labios y uñas azulados, la piel fría, o una disminución de la lucidez mental.

III. Si el afectado está padeciendo de convulsiones, se protegerá la cabeza del intoxicado, se aflojará su ropa, se le colocará de lado y no se le dejará en ningún momento sol debiendo de permanecer con el.

IV. vigilancia exhaustiva de los signos vitales del intoxicado.

V. Tratar de saber cuál fue la sustancia que se tomó y cuándo.

Cuidados por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en caso de un afectado que interna con síndrome de abstinencia a tener en consideración

junto con el resto de las funciones:
- Ofrecer apoyo y ayuda al afectado con el síndrome de abstinencia y también a sus familiares, así como no ostentar ni tener una gestión acusatoria por sus malos hábitos.
- Tener en consideración la peligrosidad del cuadro que se presenta y las profundas y múltiples dolencias que suele padecer todo adicto con el síndrome de abstinencia. Controlar con asiduidad las constantes vitales del afectado, informando siempre rápidamente al facultativo que este en ese momento de cualquier modificación que no entre dentro de los parámetros contemplados del síndrome.
- Intentar que la habitación del afectado este y permanezca tranquila y así él se sentirá seguro.
- Conservar la unidad siempre iluminada las 24 horas del día, ya que con la oscuridad puede y suele llegar a empeorar el cuadro alucinatorio.
- De ser esto posible, deberá estar acompañando al afectado o conseguir que alguien de la familia le efectúe el acompañamiento.
- En caso preciso, se podría llegar a la inmovilización del afectado en la situación en que su inquietud no pueda ser dominada con la medicación sedante.

5 Discusión-Conclusión

Los Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD) ejecutan y desarrollan un papel primordial en la rehabilitación de las personas drogodependientes. El gran trabajo de los profesionales del equipo de enfermería entre ellos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es de gran relevancia ya que, aparte ayudar con el tratamiento, así como en el de su supervisión, participan en las labores del cuidado del afectado. El objetivo y la finalidad de todo esto, no es otro que el evitar y prevenir las recaídas y el éxito de las terapias. Es transcendental concienciar e instruir a la sociedad como población en lo referente a cómo actuar ante los casos de una intoxicación aguda por drogas. Mediante este protocolo de intervención, se obtendría disminuir la tasa de mortalidad que va asociada a ellos.

6 Bibliografía

1. Otero Dorrego Carmen, Huerta Camarero Carmen, Duro Perales Nuria. Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (II): Procedimiento de reincorporación laboral. Med. segur. trab. [Internet]. 2008 Sep [citado 2022 Mar 03] ; 54(212): 7-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000300002&lng=es.

2. Otero Dorrego Carmen. Drogodependencias en el lugar de trabajo: Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. Med. segur. trab. [Internet]. 2011 [citado 2022 Mar 03] ; 57(Suppl 1): 145-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500010&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500010.
3. Rubio González Verónica, Redondo Martín Susana, Ruíz López del Prado Gema, Muñoz Moreno Mª Fe, Velázquez Miranda Alexander. Urgencias hospitalarias asociadas al consumo de hipnóticos y sedantes, Castilla y León, 2009-2013. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2022 Mar 03] ; 90: e40021. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100421&lng=es.
Epub 07-Jun-2021.

Capítulo 199

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. FUNCIONES Y ACTUACIONES

BERTA ALVAREZ ALVAREZ

ALBA BOUSOÑO LEDO

1 Introducción

Una emergencia es una situación crítica que implica un riesgo vital del paciente y para el que esnecesaria la atención inmediata .El servicio de urgencias de los centros hospitalarios es el primer lugar en el que se prestan servicios asistenciales enel caso de accidentes, enfermedades repentinas y posibles percances a los que nos vemos somnetidos en la vida diaria.

Dentro de esta zona del hospital nos encontramos con diversidad de profesionales: celadores, auxiliares administrativos, enfermería, tecnicos de rayos, tecnicos de laboratorio, limpieza, médicos y la figura del tcae.El tcae es la principal figura de referencia para el paciente ya que es quien le recibe después de haber pasado por el servicio de admisión y triaje. Su papel es de vital importancia ya que es la principal figura en cuanto a cuidados, aseo y bienestar que se debe garantizar al paciente.

El trabajo en el servicio de urgencias es un trabajo en equipo donde todos conocen cuáles son sus funciones. El tcae junto con el celador es quien debe acomodar, ayudando a vestirse y desvestirse proporcionándole todo lo necesario y reservando en todo momento la intimidad de los pacientes. También ha de explicar todo lo necesario para su comodidad y tranquilidad a ellos y sus familiares.

Asismismo debe valorar el grado de dependencia del paciente, observar si es o no continente, autónomo y valorar todo tipo de detalles, ya que eso valorará la necesidad de nuestra ayuda. Además es importante saber si el paciente ha de estar aislado, y que tipo de aislamiento requiere.

2 Objetivos

-Informar sobre las funciones del TCAE en el servicio de urgencias
-Conocer el funcionamiento del servicio de urgencias y sus profesionales .
-Dar a conocer la importancia de la figura del tcae.

3 Metodología

Se consultan varias guias y protocolos de actuación y diversos articulos relacionados con los servicios en función de las urgencias hospitalarias.
Además se han realizado búsqueda de articulos en las principales bases de datos acreditadas como son: Pubmed, Lilacs y Scielo.
Revisión de varias revistas científicas.
Estudio de apuntes y libros personales relacionados con la figura del tcae.

4 Resultados

El Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería tiene unas funciones muy extensas dependiendo del servicio donde desempeñe su trabajo. El servicio de urgencias es el área donde se unen todas ellas ya que es donde se tiene contacto con patologías de todo tipo y en todas las edades y donde se ponen en práctica los conocimientos adquiridos.
En el servicio de urgencias podemos encontrarnos con todo tipo de enfermedades y afecciones , por eso existen diversos protocolos necesarios según la técnica que se vaya a realizar. El TCAE se encarga de preparar al paciente y el material de dichas técnicas y colabora con el enfermero/a y el médico/a en el procedimiento.
El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería es la persona responsable del

instrumental que se usa , de su limpieza y envío al servicio de esterilización, así como de recibirlo y ordenarlo a su llegada .
El TCAE en el servicio de urgencias también deberá revisar el stock de material de los boxes y el aparataje, comprobando que todo funciona correctamente . Además deberá tener en cuenta la reposición de ropa de cama y camisones y poner en alerta al equipo de lencería si fuera necesario.
Junto a la enfermera, realizará la toma de constantes vitales, anotando los datos correspondientes. El TCAE será también el encargado de la realización del electrocardiograma en cada paciente que es situado en una cama, y sobretodo en casos especiales como palpitaciones y dolores torácicos.
Acometerá la correcta gestión de los residuos sanitarios, teniendo especial atención en los riesgos asociados a su eliminación.
El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe informar a los pacientes y sus acompañantes de la normativa en cuanto a régimen de visitas y horario y lugar de información médica , también debe transmitirtemplanza y tranquilidad a los citados anteriormente.
El TCAE realiza y supervisa el alta o traslado de cada paciente ayudándole a vestirse si es necesario , retirando todo el material utilizado y dejando el box preparado para recibir al siguiente paciente.
La comunicación con el enfermero y demás personal sanitario,como médicos, celadores y servicio de limpieza es de vital importancia para la atención al paciente y sus familiares. De esta forma queda costancia de que el plan de cuidados del paciente es el pricipal valor a poner en práctica por el tcae pero tambien por el resto de personal en el servicio de urgencias del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La actuación de todo el personal del servicio de urgencias determina la evolución de los pacientes con patologías urgentes que llegan al hospital y que requieren de nuestros servicios y atenciones.
Todos ellos desde el personal de limpieza al administrativo pasando por los celadores, tcaes, enfermería y médicos son fundamentales y muy necesarios para una actuación eficaz y rápida ante las emergencias. Es primordial unificar los criterios y los protocolos para agilizar la estancia del paciente, evitar posibles olvidos y ser eficaz y resolutivo en las actuaciones a llevar a cabo.
En definitiva, el papel del tcae, es uno de los más importantes en el ámbito hospitalario , y en particular en el servicio de urgencias. De esta figura depende la principalmente el plan de cuidados del enfermo, su higiene, confortabilidad y

también pasa a ser el principal nexo de unión entre el paciente y comunicación con el resto de personal sanitario.
El tcae debe velar por el paciente y proporcionarle todos los cuidados que precise con amabilidad y templanza intentando que su paso por el hospital sea lo más libiano posible. Siempre debemos pensar en los demás y ponernos en el lugar del paciente y en cómo nos gustaría que nos tratasen.

6 Bibliografía

-La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales médicos 2013.
-Revista Ocronos.
-Guía rápida de actuación en Urgencias.Manuel Moya Mir, tercera edición.
El auxiliar de enfermería en dependencia(Logos). Formación continuada.

Capítulo 200

EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y LOS COMETIDOS DEL CELADOR

ROSA MARIA VERGARA GARCIA

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MILAGROS VIZCAINO OLMOS

MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos, también determinada y conocida también como UCI, es una de las unidades en las que la principal función es brindar un cuidado integral a los pacientes/usuarios cuya salud esta crítica y necesitan vigilancia 24 horas bajo los profesionales y equipos de la salud.
El celador de UCI forma parte del equipo de sanitarios y ejerce una gran labor al personal de la unidad.
El Celador situado en cuidados intensivos, debe estar muy bien preparado, y que la mayoría de los pacientes/usuarios padecen de una movilidad muy reducida o nula y una de sus funciones más importantes son los cambios posturales, ya que estos pacientes/usuarios requieren de un gran cuidado para que su estado

actual de salud no empeore. Por ello, los celadores que están destinados en dicho servicio, igual que en el servicio de quirófano, deben tener mucho un minucioso cuidado al estado de su uniforme, teniendo que conocer la obligación de utilización de batas asépticas cuando hay contacto con algunos pacientes/usuarios con peligro de contagio, el, y todo el personal sanitario de la unidad. Dado a las especiales características que tiene la unidad de cuidados intensivos, hay que ser minucioso y mantener el silencio en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Describir las obligaciones del celador y las medidas esgrimidas de protección utilizadas en esta unidad de cuidados intensivos durante la actual pandemia causada por Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones principales del celador, entre otras, serian:
Llevar al paciente/usuario desde el punto de partida correspondiente hasta la unidad UCI, teniendo que llevar consigo la documentación e historial médico del enfermo.
Con ayuda del sanitario correspondiente, movilizarán y trasladan al paciente/usuario a la cama en el box correspondiente. Hay que tener claro que los pacientes/usuarios ingresados en esta unidad, hay que tener más cuidados de lo normal, por ello se deben movilizar extremando al máximo la seguridad y el cuidado del paciente/usuario.
Las pautas por seguir con la pandemia actual del celador varían muy poco, a nivel profesional, en esta unidad, ya que los parámetros y protocolos de desinfección, movilidad y estructura es prácticamente igual a la hora de manipular un paciente/usuario SAV.

El celador tendrá en cuenta en todo momento el circuito del traslado del paciente/usuario, desde la unidad de cuidados intensivos, siguiendo las medidas de protección y desinfección necesarias, para evitar la posibilidad de contagios. se establece un protocolo del circuito del traslado, de la organización de los intervinientes sanitarios y no sanitarios (celadores, seguridad, etc.) y de las medidas de protección empleadas (equipo de protección individual, limpieza, etc.).
Las indicaciones del plan de acción deben interpretarse individualmente para cada paciente/usuario, y debe priorizarse el juicio clínico.
Estas recomendaciones pueden evolucionar a medida percepción de la enfermedad y la situación epidemiológica en España. Estas recomendaciones de manejo clínico no incluyen el control de exposición.
La susceptibilidad de los pacientes/usuarios ingresados en la unidad de cuidados intensivo requiere estrictas precauciones por parte de los celadores que trabajan en esta unidad.
El brote de un nuevo virus, detectado por primera vez en Wuhan (China) en diciembre de 2019, fue la causa de una nueva enfermedad conocida como Covid19.
La situación provocada por la Covid-19 ha causado el ingreso masivo de personas infectadas en UCI. Las infecciones por coronavirus producen manifestaciones clínicas de diversa gravedad y, en casos graves, progresan a insuficiencia respiratoria llegando, por desgracia, al fallecimiento del paciente/usuario.
Las funciones de los celadores en la unidad de cuidados intensivos con paciente/usuario hospitalizados con Covid-19 y las medidas de protección que aplican se resumen a continuación:
1. Funciones y recomendaciones realizadas por el celador de la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia de Covid-19.
Su misión es la colaboración en el reclutamiento de paciente/usuarios.
Los celadores y el equipo de la unidad corren un riesgo de exposición alto y se recomienda:
- Mascarillas quirúrgicas para los enfermos.
- Traje de aislamiento corporal (EPI), doble mascarilla, bata, guantes, protección ocular contra salpicaduras, higiene de manos, precauciones estándar de aislamiento, gotas y exposición.
- Tarea: cambios posturales, ayudar al aseo, transportar muestras y material necesario en la unidad.
- Lavarse las manos cada vez que salimos un box.
- No reutilizar las batas, calzas y gorros para entrar en otro box.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en servicio de UCI con la pandemia actual es un refuerzo grandísimo al equipo sanitario de la unidad a la hora de manipular al paciente/usuario en tales circunstancias. Las medidas de seguridad ante estos pacientes/usuarios son de por sí muy estrictas y se elevan más las precauciones a la hora de movilizarlos. Responder a una situación de crisis relacionada con la pandemia de Covid-19 tiene un impacto significativo en las medidas de seguridad de las funciones realizadas por los profesionales médicos y en orden. Esta condición tiene el potencial de ser emocionalmente agotadora para los profesionales de la salud, causando grandes daños tanto físicas como mentalmente a los pacientes/usuarios y profesionales.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-paciente/usuario-critico-unidadcuidadosintensivos-covid-19/.
2. https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/Curso-el-celador-en-la-UCI.pdf
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/test/test_0511c.htm.
4. https://revistamedica.com/celador-coronavirus/.

Capítulo 201

TRABAJO ASISTENCIAL DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CELIA CHACÓN ORTUNO

PILAR ORTUNO FERNANDEZ

LUCÍA CASAS ORTUNO

ELIZA ZOTIC

1 Introducción

El servicio de urgencias se caracteriza por la necesidad inmediata de atención a un sujeto que sufre un problema de salud de diversas causas y gravedad variable. Dicha atención no requiere cita previa y se puede acudir en cualquier momento. En esta área muchas personas pueden requerir atención médica al mismo tiempo, como también pueden acudir por diversas razones ya que existen diferentes tipos de dolencias, debido a eso es necesario realizar un triaje, con el fin de priorizar la atención dependiendo de la gravedad de los síntomas que presenten dichos pacientes. Por lo tanto la atención no se prestará por orden de llegada sino según la severidad de su sintomatología.

Las funciones del TCAE son diversas y muy extensas según el área en la que se encuentren. Este servicio, se ponen en practica todas las funciones especificas debido a la diversidad de casos que acuden, se caracteriza por trabajar estrechamente con personas con diversas patologías y distintas edades, poniendo en práctica toda la teoria estudiada durante la formación. Se requiere una rapi-

dez, no dudar a la hora de ejecutar su labor, además de requerir una atención constante para tranquilizar y estabilizar la sensación de miedo de los paciente.
El TCAE forma equipo asistencial junto al Médico y el Enfermero para atender de la forma mas adecuada al paciente hasta recibir el alta o ingreso en la unidad, tambien merece una mencion el celador muy importante para colaborar en la movilizacion y traslado.

2 Objetivos

- Conocer y saber ejecutar las diferentes funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE), en el servicio de urgencias para una correcta ejecución del trabajo.
- El personal de esta área es multidiciplinar, por ello se debe mantener una comunicación activa con todo el equipo que va atender al paciente desde que atraviesa la puerta del hospital con el fin de lograr la correcta prestación de los cuidados requeridos que consigan paliar los problemas de salud y así alcanzar una pronta recuperación como objetivo final.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una minuciosa búsqueda de libros: tales como Técnicas Básicas, como también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Ocronos, Portales Médicos… Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes que acuden a dicha unidad lo hacen por diversos motivos y estos pueden variar según la persona y el problema que padecen; Por ello el TCAE debe saber actuar y lidiar con pacientes que presenten todo tipo de dolencias o patologías, ya sea un simple resfriado a casos cuyo diagnóstico sea más grave o crítico. El TCAE no será quien determine el grado de gravedad o importancia de la patología de los usuarios, pero sí que deberá asistir al médico y a la enfermera en su cuidado.
La primera persona que recibe al paciente en urgencias suele ser el Auxiliar de Enfermería cuando ya ha sido admitido y ha pasado el triaje. Primero se le identifica y acomoda, colaborando en desvestirse (durante el ingreso) y vestirse (en

el momento del alta) proporcionándole todo lo necesario y reservando en todo momento su intimidad.
También es muy importante valorar el grado de independencia de cada paciente, observando si es o no continente, autónomo… y así podremos rellenar su historia clínica detalladamente y aplicar un plan de cuidados personalizado según sus necesidades. Como también deberemos conocer si el paciente ha de estar aislado y que tipo de aislamiento requiere. A la llegada del a urgencias, una vez estabilizado , se observara si existen lesiones en la piel y en caso afirmativo anotarlas y comunicarlo al enfermero. La combinación de cambios posturales y la atención continua junto con una correcta higiene e hidratación asegurarán la integridad de la piel. Siempre deberemos tener presente que la mejor cura es la prevención.
En estancias prolongadas en dicho servicio ya puede ser por observación, o por escasez de camas, hace que el Auxiliar de Enfermería se encargue de la higiene y su alimentación, si es necesario.
Otro factor importante de su tratamiento es la alimentación. El TCAE es el encargado de solicitar y registrar las dietas prescritas por los facultativos, para ello es necesario conocer cuál es la dieta adecuada según el tipo de patología, además de reconocer los distintos tipos de nutrición existentes. Y por último el TCAE deberá ayudar al paciente que no pueda comer por sí solo.
También trabajará con pacientes pediátricos, para ello el TCAE ha de estar perfectamente cualificado para actuar de manera correcta.
Otras de las funciones del Auxiliar en el área de urgencias son:
- Transportar al paciente, y si es necesario inmovilizarle y prepararle para que el Médico le realice una exploración.
- Recoger ropa y objetos personales del usuario al que estamos atendiendo, en el caso de que no esté acompañado y guardarla debidamente.
- Medir constantes vitales, recogida de muestras biológicas (orina, heces, esputos, vomito) y control de diuresis, deposiciones e ingestas, valorando y registrando los resultados para informar al medico.
- Mantener el material y equipo en perfectas condiciones para cuando sea necesario su utilizacion, tanto en la limpieza como en el envío a esterilización, así como de recogerlo y mantener ordenado el stock del material estéril.
- Si es preciso ayudar a los pacientes en la toma de medicamentos por vía oral o rectal. Además de asistirles, si lo necesitan, con su alimentación e higiene personal.
- Velar por el correcto mantenimiento de los boxes comprobando que estén debidamente equipados con el material necesario y reponer lo que falte.
- Revisar los aparatos ubicados en los boxes comprobando su funcionamiento e

informar de cualquier anomalia.
- Asistir al enfermero en lo que precise: colocar sondas, administrar medicamentos…
- Realizar y supervisar cada alta o traslado que se produzca en la unidad, ayudando al paciente si lo requiere y retirando el material que se haya utilizado, dejando el box listo para su limpieza y preparado para la llegada de un nuevo paciente.
- Registrar todas las tareas realizadas a cada paciente durante su estancia en este servicio.

5 Discusión-Conclusión

En este servicio, el trabajo ha de realizarse de forma coordinada, donde cada miembro del equipo que lo compone, conoce su función y preparado para la recepción de pacientes con diversas dolencias. Es primordial que el personal reaccione sin dubitación y con una comunicación constante, participando del plan de cuidados establecido para cada caso, transmitiendo seguridad y confianza, haciendo que el paciente no se sienta desamparado, respetándole y guardando su intimidad. En conclusión, la labor del TCAE es un eslabón importante de esa cadena que compone el equipo en este servicio. También destacar que la dedicación y la asertividad hacen que el se sienta atendido.

6 Bibliografía

- Protocolo de actuación en el servicio de Urgencias Hospital General La Mancha Centro.
- Libro de texto Mc Graw Hill.
- Revista electrónica de Portales Médicos

Capítulo 202

FRACTURA DE CADERA: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ALBA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

BIBIANA GARCIA PEREZ

1 Introducción

Los pacientes que llegan al servicio de urgencias con una posible fractura de cadera, presentan dificultad para caminar, y en el momento de la exploración médica, el dolor no es el único síntoma de fractura. Sino que también hay evidencia en la rotación externa y el acortamiento de la zona afectada. (Muñoz, Lavanderos, Vilches, Delgado, Cárcamo, Passalaqua y Guarda, 2018).

La mayoría de estas fracturas se producen en personas mayores de 65 años, acrecentándose el período de recuperación con la edad. (Serra, Garrido, Vidán, Marañón, Brañas y Ortiz, 2002).

En la mayoría de los casos, con una radiografía simple de cadera se puede valorar si hay lesión o no, pudiendo ayudarnos de la Resonancia Magnética para confirmar el diagnóstico en caso de dudas. (Marimón, Muñoz y Olivera, 2011).

Hoy en día el mejor tratamiento para este tipo de fracturas es el quirúrgico. Esto conlleva a mayor estancia en el hospital, pero disminuye el empeoramiento y las secuelas en los pacientes. (Palomino, Vejarano y Ticse, 2016).

Tanto auxiliares como enfermeras, juegan un papel muy importante durante la recuperación: asistencia a la higiene, revisión de drenajes, fomentar la independencia, dentro de la situación del paciente… (Sánchez, Pastor y Gómez).

El equipo de enfermería debe plantear una serie de cuidados, para mejorar el estado de salud del paciente y la funcionalidad del mismo durante su estancia en el hospital y fuera de él.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Definir la fractura de cadera

Objetivos secundarios:
- Analizar las opciones de diagnóstico y tratamiento ante una fractura de cadera

- Describir los cuidados proporcionados por el equipo de enfermería

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática, guiándonos por una serie de descriptores de búsqueda como son: “fractura”, “cadera”, “tratamiento”, “cirugía”, “cuidados”, “rehabilitación”.

El idioma utilizado ha sido el castellano, llegando a apoyarnos en páginas en otros idiomas como el inglés o el portugués, para completar información. Los artículos son de Google académico, ayudándonos en ocasiones de Google, para confirmar algunos datos necesarios.

Como criterios de inclusión: los cuidados, tratamiento con cirugía y diagnóstico de la fractura de cadera. Y como criterios de exclusión, y que por tanto no hemos abordado, el tratamiento farmacológico de las fracturas de cadera.

4 Resultados

Hemos escogido este tema, porque es un problema de elevada gravedad que se produce sobre todo en personas mayores. Todo ello conlleva a aumentar los tiempos de recuperación, además de dificultar la total recuperación de este tipo de fractura.

Se quiere dar a entender la importancia de la rapidez en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente. Es necesario por ello, que el paciente comience con los cuidados programados, antes de que vuelva a su domicilio, para ello está el equipo de enfermería, personal clave en la recuperación del paciente durante su estancia en el hospital.

Para dar respuesta a los objetivos fijados a través del método, hemos obtenido unos resultados, en base a los artículos encontrados.

La fractura de cadera se define como la pérdida de continuidad entre la cabeza del fémur, el cuello o la zona trocantérea mayor o menor de la cadera. (Echegaray, Laureani y King, 2019).

Esta lesión se produce sobre todo en personas de edad avanzada, y pueden producirse incluso por una leve caída. Esta fractura causa tal dolor que puede llegar a impedir la movilidad del paciente, además de afectar social y mentalmente al mismo.

Debemos analizar las opciones de tratamiento y diagnóstico de una fractura de cadera.
Por lo general, las fracturas de cadera se diagnostican a través de la historia del paciente, el examen físico y la radiografía simple de cadera. Ayudándonos de una Resonancia Magnética, si nos fuese necesario. (López, 2012).

Además de la radiografía simple y la RMN, también se deben considerar otro tipo de pruebas diagnósticas como: TAC o la gammagrafía ósea.

Durante el examen físico, el doctor observará la rotación externa y el acortamiento de la pierna afectada, además de la imposibilidad de mantener el equilibrio.

En cuanto al tratamiento, la intervención quirúrgica es la única opción para eliminar la fractura de cadera. Esta se puede demorar varios días, por ello es muy importante que se lleve a cabo lo antes posible, para acortar la estancia hospitalaria del paciente, y empezar cuanto antes con la rehabilitación. (Etxebarria, Mar, Arrospide y Ruíz, 2013).

Muy importante describir los cuidados que proporcionan tanto auxiliares como enfermeras, todas ellas conforman el equipo de enfermería.

Los cuidados de enfermería comienzan por valorar la dificultad en la cama du-

rante el reposo, riesgo de sangrado e infección tras la operación, funcionalidad: higiene, cuidados diarios… (Sevilla, 2012). Estos cuidados, suponen una mejoría no solo física, sino psicológica del paciente, ya que mejora su calidad de vida y funcionalidad tras la fractura. (Murillo, 2020).

Los cuidados del equipo de enfermería, se basan en ayudar y asistir al paciente con fractura o post operado, como por ejemplo en su movilidad e higiene diaria. Debemos apoyarlo psicológicamente, poco a poco irá recuperando movilidad e independencia, evitarle dolor en todo momento…

En resumen, el tratamiento y los cuidados proporcionados por el equipo de enfermería deben ir encaminados a disminuir la mortalidad y a conseguir la funcionalidad que se tenía previamente a la fractura en el menor tiempo posible.

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas de cadera, suponen un grave problema de salud que se da muy a menudo y sobre todo en personas en edad avanzada. Todo ello supone un problema de cara a la recuperación, por ello debemos plantear un plan de cuidados que se adapte a cada paciente.

Esta fractura puede producir hasta el 30% de mortalidad durante el primer año después de haberse producido la lesión, y otro tanto por ciento, es incapaz de volver a recuperar toda su funcionalidad.

Esta lesión requiere por ello, un abordaje inmediato, mediante cirugía y su posterior rehabilitación. Cuanto más tiempo se tarde en tratar una fractura de cadera, mayores serán las consecuencias de cara al futuro y recuperación del paciente.

Llegados a este punto, lo que se intenta dar a entender es que esta fractura, se da sobre todo en personas mayores, por ello la importancia de los tiempos de tratamiento y recuperación. Un plan de cuidados adaptado a cada paciente, es primordial para su rehabilitación y recuperación de la vida cotidiana en el menor tiempo posible.

6 Bibliografía

1. Echegaray, P., Laureani, J., & King, A. (2019). Fractura de cadera: un reto multidisciplinario. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet], 62(4),

24-9.

2. Etxebarria-Foronda, I., Mar, J., Arrospide, A., & Ruiz de Eguino, J. (2013). Mortalidad y costes asociados a la demora del tratamiento quirúrgico por fractura de cadera. Revista Española de Salud Pública, 87, 639-649.

3. López, R. M. (2012). Fracturas de cadera en mujeres postmenopausicas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 69(602), 269-274.

4. Marimón Nieves, P., Muñoz Zapata, F. L., & Olivera García, D. (2011). Diagnóstico y tratamiento de las fracturas de cadera en el paciente geriátrico. Rev. multidiscip. gerontol, 7-21.

5. Muñoz, S., Lavanderos, J., Vilches, L., Delgado, M., Cárcamo, K., Passalaqua, S., & Guarda, M. (2018). Fractura de cadera. Cuadernos de Cirugía, 22(1), 73-81.

6. Murillo Aira, A. (2020). Cuidados de enfermería pre y postoperatorios en pacientes ancianos con fractura de cadera: revisión bibliográfica.

7. Palomino, L., Ramírez, R., Vejarano, J., & Ticse, R. (2016). Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica Peruana, 33(1), 15-20.

8. Sánchez, J. M. R., Pastor, L. P., & Gómez, E. G. TÍTULO: EL TCAE ANTE UNA FRACTURA DE CADERA 1. RESUMEN.

9. Serra, J. A., Garrido, G., Vidán, M., Marañón, E., Brañas, F., & Ortiz, J. (2002, August). Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. In Anales de Medicina Interna (Vol. 19, No. 8, pp. 9-19). Arán Ediciones, SL.

10. Sevilla, C. M. (2012). Plan de cuidados de fractura de cadera. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 4(1).

Capítulo 203

QUÉ HACER ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: MANIOBRA RCP

BIBIANA GARCIA PEREZ

ALBA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

Una parada cardiorrespiratoria o PCR, se define como un cese brusco e inesperado de la función respiratoria y cardiaca, pudiendo llegar a producir una serie de lesiones irreversibles si no se realiza una técnica de reanimación a tiempo.
Una PCR, se manifiesta en forma de pérdida de conocimiento, ausencia de pulso y asfixia, por ello debemos comprobar, si estamos o no ante una parada, si el paciente respira, si esta inconsciente y si es posible palpar el pulso. (Arrabal, Moreno y Sánchez).
Si nos encontramos ante una parada (paciente o cualquier persona que presente los signos anteriores), debemos iniciar la maniobra de RCP. Esta técnica consiste en la realización de maniobras necesarias para frenar una parada cardiorrespiratoria, evitando así lesiones irreversibles. (Vértice, 2012).
Dentro de la resucitación cardiopulmonar, tenemos dos variantes: el Soporte Vital Básico, donde aplicamos maniobra frente mentón, apertura de vías aéreas, compresiones (masaje cardíaco). Y la otra variante, o nivel, serie el Soporte Vital Avanzado. Esta última, incluye la utilización del desfibrilador, canalización venosa, intubación del paciente. (Coma, Riesgo, Marco, Montes, De Torres y García, 1999).

La reanimación cardiopulmonar (RCP), es una técnica que se conoce que aumenta hasta 4 veces el objetivo de la desfibrilación. Por ello es de suma importancia que todo el mundo, a parte de personal sanitario, tenga conocimiento básico de la técnica de reanimación o RCP. (Rojas, Aizman, Arab, Utili y Andresen, 2012).

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Describir la parada cardiorrespiratoria O PCR
Objetivos secundarios:
- Definir la técnica de RCP, y cuando llevarla a cabo
- Analizar la importancia de una correcta técnica de resucitación cardiopulmonar

3 Metodología

Se han utilizado descriptores de búsqueda, como por ejemplo: "PCR", "RCP", "parada", "cardiorrespiratoria", "técnica", "reanimación", "cardiopulmonar". El idioma utilizado principalmente ha sido el español, encontrando artículos de interés en inglés. La información se ha sacado principalmente de Google académico, ayudándonos de Google, para completar información referida a la técnica.
Como criterios de inclusión estaría, la definición de PCR y qué hacer ante una parada. Hemos descrito la técnica de RCP. Como criterios de exclusión: no hemos hablado de los sistemas de desfibrilación, puesto que nos hemos centrado únicamente en describir la reanimación cardiopulmonar con sus dos niveles.
Se ha escogido este tema, porque una parada cardiorrespiratoria, no solamente se da en el entorno sanitario, sino que en cualquier momento podemos tener que asistir a alguien en plena calle. Y para ello es de vital importancia que todo el mundo tenga un mínimo de conocimiento para saber si está o no ante una parada y en qué momento debe o no hacer maniobra RCP.

4 Resultados

Para dar respuesta a los objetivos fijados anteriormente a través del método, hemos conseguido una serie de resultados en base a una serie de artículos encontrados.
La parada cardiorrespiratoria o PCR, se describe como una situación en la que se produce el paro repentino de la actividad cardiaca y de la respiración.

Es la situación que mayor riesgo supone para una persona, bien por los daños irreversibles que pueden llegar a producirse o en el peor de los casos la muerte. (Bermejo, Torres, Ibáñez, Escobar, García y De Aguilar, 2011).
La PCR, en raras ocasiones se produce de manera súbita, ya que se ocasiona por un deterioro previo a la parada, tanto del sistema respiratorio como cardiaco. (Souza, Lopes, Okuno, Batista, Góis y Campanharo, 2019).
Es muy importante definir la técnica de RCP, y saber en qué situaciones hay que llevarla a cabo. La maniobra RCP, se define como un conjunto de procedimientos que se llevan a cabo para restablecer la actividad cardiaca y respiratoria del individuo en parada.
El objetivo de esta técnica es, mediante las compresiones torácicas y las insuflaciones de aire, conseguir la recuperación de la ventilación espontánea y la actividad del corazón. (Monzón, Molina, Abizanda, Martín, Cabré y Masnou, 2010).
Debemos analizar la importancia que tiene una RCP, y su correcta realización. Los programas de formación y reeducación en RCP básica (no solo del personal sanitario, sino de la sociedad en general), componen una de las mejores medidas para minimizar la mortalidad y las secuelas en aquellas personas que sufren una parada cardiorrespiratoria. (Álvarez y Cid, 2006).
El pronóstico del paciente que sufre una PCR, depende de la rapidez y destreza que tenga la persona que va a realizar la RCP. Un entrenamiento periódico y eficaz (no solo del personal sanitario), aumenta el porcentaje de supervivencia del individuo.
Este pronóstico es inversamente proporcional al tiempo que se tarda en atender a la persona en parada. Es decir, cuanto mayor sea el tiempo de actuación, menor será la probabilidad de supervivencia del individuo.
Hay que concienciar a la sociedad que la RCP salva vidas, aumenta el porcentaje de supervivencia notablemente, entrenar y educar a la sociedad desde jóvenes para optimizar tiempos entre parada y maniobra RCP, establecer relaciones entre educación y eficacia de los resultados obtenidos. (Álvarez, 2019).

5 Discusión-Conclusión

Lo que se intenta desde este punto es dar a conocer la importancia de la maniobra de RCP y en qué situación hay que ponerla en práctica. Una adecuada técnica de reanimación puesta en marcha a tiempo no solo salva vidas sino que previene al paciente de daños irreversibles resultado de una parada.
A lo largo del trabajo no solo nos hemos centrado en cómo realizar una adecuada maniobra de RCP. Hemos destacado también la importancia que tiene la

realización de esta técnica a tiempo, y el conocimiento de dicha maniobra por todo el mundo, ya que nos podemos encontrar en esta situación en cualquier lugar. No solo se da en el ambiente sanitario, el 70% se da en los domicilios.
Una noción básica de reanimación puede salvar vidas y minimizar los daños que una parada puede provocar. Por ello la importancia en muchos países que ponen en marcha programas de formación en RCP básica, lo cual aumenta las cifras de supervivencia de una parada cardiaca.
En resumen, una respuesta inmediata ante una PCR requiere que se implique no solo equipo médico, sino la sociedad en general, ya que el tiempo ante una parada es algo muy valioso. Por ello es indispensable educar y reeducar a la sociedad en general.
El pronóstico para un paciente que sufre una PCR, depende de la destreza y los conocimientos de la persona que asiste a la parada.

6 Bibliografía

1. Álvarez, A. C., & Cid, J. L. H. (2006, August). Conceptos y prevención de la parada cardiorrespiratoria en niños. In Anales de Pediatría (Vol. 65, No. 2, pp. 140-146). Elsevier Doyma.
2. Álvarez, Á. M. (2019). LA IMPORTANCIA DEL APRENDIZAJE DE LA RCP EN EL ÁMBITO ESCOLAR. José Manuel Rivero Martín Josefa Jaramillo Romero Fernando Alfonso Cervel Josefa Montero García Mª Elena Montejo González, 22, 39-42.
3. Bermejo, R. M. H., Torres, J. A. C., Ibánez, G. G., Escobar, A. E., García, A. J. S., & de Aguilar, J. A. F. (2011). Análisis de la asistencia a la parada cardiorrespiratoria por una Unidad Medicalizada de Emergencias. Atención Primaria, 43(7), 369-376.
4. Coma-Canella, I., Riesgo, L. G. C., Marco, M. R., Montes, Á. L. O., de Torres, F. M., & García, J. E. R. (1999). Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. Revista Española de Cardiología, 52(8), 589-603.
5. de Tórax, R. A. S. C., de Familia, Á. M. S. M., & Sánchez, Á. M. PARADA CARDIORRESPIRATORIA.
6. Equipo Vértice. (2012). RCP básica y primeros auxilios. Editorial Vértice.
7. Monzón, J. L., Saralegui, I., Molina, R., Abizanda, R., Martín, M. C., Cabré, L., ... & Masnou, N. (2010). Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. Medicina Intensiva, 34(8), 534-549.
8. Rojas, L., Aizman, A., Arab, J. P., Utili, F., & Andresen MsC, M. (2012). Reanimación cardiopulmonar básica: conocimiento teórico, desempeño práctico y efec-

tividad de las maniobras en médicos generales. Revista médica de Chile, 140(1), 73-77.
9. Souza, B. T., Lopes, M. C. B. T., Okuno, M. F. P., Batista, R. E. A., Góis, A. F. T. D., & Campanharo, C. R. V. (2019). Identificación de las señales de alerta para la prevención de la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27.

Capítulo 204

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROTOCOLO RECOGIDA MUESTRA DE ORINA EN EL AREA DE PEDIATRIA.

YOLANDA MURILLO MORALES

MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ

MARIA TERESA COELLO PRIETO

ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ

1 Introducción

En este capítulo hemos decidido desarrollar la técnica o el protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta recogida de la orina en el área de pediatría para su posterior análisis clínico. Ya que es una de las funciones que desarrollamos los técnicos en cuidados en auxiliar de enfermería cuando el paciente no puede tomar la muestra por sí solo (ya que no es una actividad con carácter profesional sanitario).
La orina también conocida, entre la población mayor, por el termino latino orín es una secreción liquida de color amarillento, de olor característico que es secretada

por los riñones como resultado de la depuración y filtrado de la sangre y enviada al exterior a través del aparato urinario (una vez segregada por los riñones pasa por los uréteres hasta llegar a la vejiga donde se almacena para posteriormente ser expulsada al exterior, mediante la micción, a través de la uretra).
En un análisis de orina se estudian:
- El color.
- El aspecto (claridad o turbieza).
- Olor.
- Acidez (pH).
- Presencia de sangre, proteínas, glucosa, cetona y bilirrubina.
- Presencia de cristales.
- Presencia de bacterias o gérmenes.

El análisis de orina permite facilitar el diagnóstico de diferentes patologías como pueden ser:
- Infecciones urinarias.
- Enfermedad renal o diabetes.
- Confirmar hematuria.
- Detección de medicamentos y sustancias tóxicas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Poner en conocimiento el protocolo de actuación para llevar a cabo la recogida de muestra de orina, correctamente, en el área de pediatría en niño que no tiene aún el control de esfínteres.
Objetivo secundario:
Poner en valor la figura del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, orina, elementos a analizar en la orina, enfermedades que se detectan en el análisis de orina y protocolo de

actuación para realizar la recogida de una muestra de orina en el área de pediatría en niño que no tiene aún el control de esfínteres.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, orina, elementos a analizar en la orina, enfermedades que se detectan en el análisis de orina y protocolo de actuación para realizar la recogida de una muestra de orina en el área de pediatría en niño que no tiene aún control de esfínteres, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la recogida de orina para un cultivo en el área de Pediatría en niño que no tiene aún el control de esfínteres.
Recursos humanos necesarios para llevar a cabo la técnica: Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE).
Recursos materiales para llevar a cabo la técnica:
- Guantes desechables.
- Agua y jabón con ph neutro.
- Suero fisiológico.
- Gasas estériles.
- Bolsa colectora o cuña en caso de que el niño esté encamado.
- Frasco etiquetado estéril.

Una vez que se ha preparado el material;
- Lavarse las manos con agua y jabón con ph neutro.
- Ponerse los guantes.
- Comprobar que la identidad del paciente es coincidente con la hoja de prescripción facultativa.
- Explicar al paciente y/o familiar que se le va a tomar una muestra de orina, dándole información de la técnica.
- Cuando el niño aun no posee control de esfínteres hay que lavar la zona genital con agua y jabón con ph neutro y aclarar con suero fisiológico, secar con gasas estériles y poner la bolsa colectora con cuidado de que no abarque el orificio anal, estar atento de la bolsa colectora para que cuando el niño realice la micción retirarla inmediatamente. Si la micción se demora más de 20 o 30 minutos es necesario retirar esa bolsa, volver a practicar el lavado y secado de la zona genital del niño y poner una nueva debiendo estimular al niño para que realice micción.
- Recoger la orina de la bolsa colectora mediante jeringuilla y aguja estéril y trasvasarla al tubo estéril (previamente etiquetado con los datos y numero de

historia del paciente).
- Acomodar al paciente.
- Mandar muestra a laboratorio inmediatamente, es caso que no pueda ser mandada de inmediato meter en frigorífico hasta su envío.
- Recoger todo el material utilizando, teniendo en cuenta el contenedor apropiado para desechar cada uno de los materiales utilizados en la aplicación de la técnica.
- Quitarse los guantes y desecharlos.
- Lavarse las manos.
- Comunicar al DUE la recogida de la muestra y anotar técnica en la hoja de registro de la historia de enfermería del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una correcta recogida de muestra de orina en niño sin control de esfínteres es necesario conocer el protocolo de actuación y saber desarrollarlo correctamente. Por ejemplo, si a un niño que tiene puesta la bolsa colectora se le pasan mas de tres horas sin miccionar y no se le cambia seguramente que los resultados del análisis de orina de la muestra que se tome serán erróneos
Creemos que la toma de muestra de orina en pacientes pediátricos sin control de esfínteres demuestra el gran papel que desarrollamos los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAES) aunque a pesar de tener título de técnico seguimos siendo considerados personal no sanitario.

6 Bibliografía

Wikipedia.
Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. https://www.auxiliar-enfermeria.com.
https://revistas-portalesmedicos.com
https://www.msdmanuals.com
https://apuntesauxiliarenfermeria.com
https://www.cun.es/enfermedades.
https://muysaludable.sanitas.es/salud/revela-analisis-orina/

Capítulo 205

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: CUIDADO DE LA PUERPERA DESPUES DEL PARTO.

YOLANDA MURILLO MORALES

ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ

MARIA TERESA COELLO PRIETO

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ

MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON

1 Introducción

En este capitulo vamos a desarrollar los cuidados que hay que realizar en la puérpera después del parto.
La palabra parto proviene del latín (partus-us) que a su vez procede del verbo latino parĕre que se traduce por:hacer nacer, engendrar o producir.
El parto es el proceso mediante el cual la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación, si hacemos referencia exclusivamente al parto humano es el momento en el que el bebé sale del útero; el parto consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.

A lo largo de la historia las mujeres daban a luz en el lugar donde estaban en ese momento y no recibían ningún tipo de control durante el embarazo, no es hasta el siglo XX cuando se producen grandes cambios en los cuidados durante el embarazo y en la atención durante el parto y postparto. A principios de este siglo las mujeres aun no recibían atención durante el parto, seguían pariendo en casa (en ocasiones con ayuda de comadronas o familiares), como fue avanzando el siglo las mujeres empezaron a ser atendidas durante el embarazo y pariendo en los centros hospitalarios, y llagando a conocer el parto sin dolor (con anestesia epidural).

2 Objetivos

Poner en conocimiento el protocolo de actuación para llevar a cabo los cuidados necesarios en puérpera después del parto con el fin de evitar posibles complicaciones después del parto.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, parto, historia sobre parto y protocolo de actuación para llevar a cabo los cuidados en puérpera después del parto.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, parto, historia sobre parto y protocolo de actuación para llevar a cabo los cuidados en puérpera después del parto artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo los cuidados necesarios en puérpera después del parto con el fin de evitar posibles complicaciones después del parto:
Recursos humanos necesario para el desarrollo del protocolo: DUE y TCAE.
Recursos materiales necesarios para poder realizar los cuidados:

- Guantes desechables.
- Tensiómetro.
- Compresas tocológicas.
- Sabanilla.
- Sonda vesical desechable.
- Bolsa de orina.
- Suero fisiológico para lavado.
- Camisón.

Una vez preparado todo el material:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Ponerse los guantes.
- Preservar intimidad del paciente con biombo o corina si está en habitación doble.
- Identificación paciente.
- Colocar carro de material al lado del paciente.
- Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar, tiempo de duración, que puede sentir y que nos debe comunicar durante el proceso.
- Pedir su colaboración.
- Pedir que se ponga en posición ginecológica o colocar a la paciente en posición ginecológica si esta no lo puede hacer por si sola. Poner sabanilla encima para salvaguardar intimidad.
- Evaluar el sangrado vaginal, diferenciando color y consistencia.
- Realizar exploración externa de contracción de útero, mediante palpación abdominal.
- Masajear abdomen para favorecer la contracción

Si la paciente continúa expulsando abundantes coágulos acompañados de sangre liquida que no cesa en 5 minutos debemos intensificar la vigilancia, si persiste la hemorragia. Después del parto hay que realizar el sondaje evacuador para favorecer la contracción uterina y evitar posibles complicaciones.

- Cambiar compresa a la puérpera para valorar la intensidad hemorrágica.
- Tomar presión arterial.
- Mantener suero fisiológico por vía venosa.
- Cambiar camisón y acomodar a la paciente
- Recoger todo el material utilizado, echando cada cosa en el contenedor adecuado para su posterior recogida.
- Quitarse guantes y desecharlos.
- Lavarse las manos.
- Anotar en registro actuaciones realizadas e incidencias que hayan surgido durante el proceso,

Avisar al facultativo si no para la hemorragia.

5 Discusión-Conclusión

Es importante para los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería conocer los cuidados a realizar en paciente tras el parto, es necesario que conozcamos que hay que intensificar la vigilancia cuando después de 5 minutos el sangrado es mayor de lo normal y que hay que avisar al ginecólogo si hay indicios de hemorragia, si hacemos bien nuestro trabajo podemos evitar problemas mayores a la paciente.
Queremos aprovechar este capítulo para hacer un llamamiento a todos nuestros compañeros técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para que se sigan formando a lo largo de toda su vida laboral y no se conformen con los conocimientos adquiridos para conseguir la titulación.

6 Bibliografía

Wikipedia.
Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. https://www.auxiliar-enfermeria.com.
https://revistas-portalesmedicos.com
https://www.msdmanuals.com
https://apuntesauxiliarenfermeria.com
https://www.cun.es/enfermedades.
http://etimologias.dechile.net.
https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos/chapter/partos-en-la-primera-mitad-del-siglo-xx/

Capítulo 206

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: CURA EPISIOTOMIA.

YOLANDA MURILLO MORALES

MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ

MARIA TERESA COELLO PRIETO

ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ

1 Introducción

Después de nueve meses de embarazo, llega el momento del nacimiento del bebe. Di durante los nueve meses de embarazo no habido ninguna complicación y la posición del bebé es la adecuada la madre tendrá un parto vaginal sin o con inducción, no siendo por lo general necesaria la realización de una cesárea.
Se habla de parto vaginal cuando el alumbramiento del bebé se produce a través de la vagina de la mujer sin necesidad de recurrir a una cesárea
Tipos de parto vaginal:
- Con la intervención de un equipo médico que controle el parto (que del que vamos a hablar en este capítulo).
- De forma natural.

El parto vaginal con intervención del equipo médico es un parto controlado por un equipo sanitario (ginecólogo, matrona, DUE, TCAE, etc.) dentro de un quirófano(sala de partos) de un hospital, con todo tipo de material necesario para la intervención en caso de que sea necesario. A su vez el parto vaginal con intervención de equipo sanitario lo podemos dividir en:

- Sin dolor o con anestesia epidural.
- Con dolor o sin anestesia epidural.

En este capitulo vamos a desarrollar el protocolo de actuaciones que deben llevarse a cabo para la cura de episiotomía (incisión que se hace a la mujer durante el parto vaginal con el fin de evitar el desgarro de tejidos y facilitar el alumbramiento).

2 Objetivos

Poner en conocimiento el protocolo de actuación para llevar a cabo la cura de la episiotomía realizada durante el parto vaginal.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, parto, tipos de parto, parto vaginal y protocolo de actuación para llevar a cabo la cura de la episiotomía realizada durante el parto vaginal.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, parto, tipos de parto, parto vaginal y protocolo de actuación para llevar a cabo la cura de la episiotomía realizada durante el parto vaginal, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la cura de la episiotomía realizada durante el parto vaginal con intervención de equipo sanitario:

Recursos humanos necesarios para su realización: DUE(diplomado universitario en enfermería) y TCAE(técnico en cuidados de auxiliar de enfermería).
Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la cura de la episiotomia: carro de curas que incluya:
- Pinzas.
- Guantes desechables.
- Gasas estériles.
- Compresas tocológicas.
- Suero fisiológico.
- Antiséptico.
- Pomada antihemorroidal.
- Cuña.
- Sabanilla,

Una vez preparado todo el material y colocado al lado de la paciente:
- Lavarse las manos con agua y jabón con ph neutro y ponerse los guantes de un solo uso.
- Preservar la intimidad de la paciente con biombo o recorriendo cortinas si hay en el habitáculo otra persona hospitalizada.
- Comprobar identidad de la paciente.
- Explicar actuación que se le va a realizar a la paciente, explicándole en que consiste, el tiempo de duración y diciéndole que cosas nos tiene que comunicar.
- Pedir su colaboración.
- Pedir que adopte la posición ginecológica (ayudándola a adoptar dicha posición si fuera necesario). Cubrirla con sabanilla.
- Colocar cuña.
- Retirar compresa.
- Limpiar episiotomía con torunda impregnada en suero fisiológico de arriba hacia abajo.
- Secar con torunda de la misma forma.
- Aplicar antiséptico y esperar a que se seque.
- Colocar compresa.
- Si tiene hemorroides aplicar crema antihemorroidal teniendo cuidado que esta no llegue a la episiotomía.
- Acomodar a la paciente.
- Recoger todo el material utilizado, desechando en los contenedores adecuados, desinfección de cuña y ubicación de esta en el lugar adecuado, etc.
- Quitarse los guantes y desecharlos.
- Lavarse las manos con agua y jabón.

- Anotar la cura en la hoja de registro de la historia de enfermería del paciente, especificando cualquier anomalía que se haya podido observar.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de no ser considerados sanitarios los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería estamos de apoyo en una gran cantidad de actividades sanitarias lo que nos obliga a conocer protocolos de enfermería como puede ser el de la cura de una episiotomía, aunque no podamos realizar la cura. Por eso creemos que deberíamos ser considerados personal sanitario en lugar de personal no sanitario con funciones en el ámbito sanitario. Esta reflexión no implica que consideremos que sea necesario el conocimiento y saber desarrollar todas las actividades de enfermería que se llevan a cabo día a día en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

Wikipedia.
Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. https://www.auxiliar-enfermeria.com.
https://revistas-portalesmedicos.com
https://www.msdmanuals.com
https://apuntesauxiliarenfermeria.com
https://www.cun.es/enfermedades.

Capítulo 207

ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO QUE PRESENTA UN BROTE PSICÓTICO.

SORAYA MENDIOLA REY

ESTHER TAJUELO LARA

ANA ROSA PADILLA TAPIADOR

DAVID NAVAS RUEDAS

CRISTIAN CERRATO CAMACHO

1 Introducción

En el mundo una de cada ocho personas padece un trastorno mental. Que podemos definir como alteraciones considerables en el comportamiento, pensamiento y emociones. Existen múltiples tipos de trastornos metales, donde los tratamientos y la prevención están resultando poco eficaces.
Podemos enumerar los siguientes tipos de trastornos mentales:
- Depresión
- Ansiedad
-Trastorno bipolar
- Trastorno de estrés postraumático
- trastornos del comportamiento alimentario
- Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial

- Trastornos del neurodesarrollo
- Esquizofrenia

Es éste último el que se va a desarrollar durante este capítulo:

La esquizofrenia afecta a unos 24 millones de personas a nivel mundial, estas ven reducida su esperanza de vida entre 10 y 20 años menos que el resto de la población.

Esta enfermedad se caracteriza por cambios de comportamiento debido a una importante alteración de la percepción de la realidad. Los síntomas que presentan son; alucinaciones ideas delirantes, agitación, pensamientos y comportamiento desorganizado.

Ha día de hoy los sistemas de salud todavía no son capaces de actuar de manera a adecuada ante las necesidades e las personas que padecen cualquier tipo de trastorno mental y no tiene forma de acceder a los recursos necesarios para ello. Desde la organización mundial para la salud existe " El Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-230", donde se reconoce la importancia de una salud mental para el bienestar saludable de todas las personas.

2 Objetivos

- Conocer la definición de esquizofrenia.
- Conocer la definición de brote psicótico
- Aprender la actuación a seguir ante la aparición de un brote psicótico por parte del TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo y el desarrollo de ésta temática se ha realizado una búsqueda en diferentes artículos de revistas y plataformas digitales como son : Google académico, Scielo entre otras y en libros y enciclopedias . Usando palabras claves como brote psicótico , actuación TCAE o esquizofrenia.

4 Resultados

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, por el cual las personas interpretan la realidad de manera diferente o anormal. Suele tener sus comienzos en las edades comprendidas entre los 20 y 30 años. No se conoce causa, aunque se sabe

que existen determinantes como factores genéticos y afecciones en del desarrollo del tejido nervioso.
Sus síntomas oscilan desde alucinaciones, delirios de persecución y daño personal, falta de interés, pérdida de las habilidades sociales, incapacidad para expresar y sentir emociones y empobrecimiento del lenguaje y del pensamiento.
Una vez que se diagnostica la enfermedad y se pauta el tratamiento adecuado, el paciente se estabiliza aunque siempre existe la posibilidad de recaídas. Apareciendo de nuevo brotes psicóticos como los que llevaron al diagnóstico de la enfermedad.
Un brote psicótico se define como; una ruptura de la realidad de forma temporal. En este caso provocada por la enfermedad. Aunque pueden existir otros desencadenantes como una fuente de estrés potente y constante en el tiempo o puede deberse también al consumo de drogas.
La actuación del personal sanitario y en este caso del Técnico en Cuidaos Básicos de Enfermería sería la siguiente:
- Presentar una actitud empática y no de crítica, manteniendo la calma y dejando espacio al paciente. Recordando siempre que se siente asustado ante la situación que esta viviendo, y que él percibe como real.
- Tener una actitud tranquila, firme y segura, sin mostrar temor o debilidad, pero sin demostración de fuerza o amenaza.
- No intentar razonar , derivaremos su atención hacia los síntomas mas fácilmente aceptables como su estado de ansiedad y su insomnio. Manifestando apoyo y comprensión.
- El paciente, puede presentar dificultad a la hora de organizar sus pensamientos, y usar un lenguaje confuso, por lo que se usaran preguntas cortas y breves explicaciones.
- Se pondrán límites en conductas inaceptables y reforzaremos de manera positiva las adecuadas.
- Hay que evitar ser el único confidente del paciente.
- Si obsérvanos cualquier tipo de riesgo en la integridad de terceras personas. Nos acogeremos a los diferentes tipos de protocolos de contención, sedación y asilamiento para garantizar su protección.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos mentales forman una parte importante en el estado de salud de la población y hay que dotar a la sanidad de los instrumentos necesarios para combatirlos.

La esquizofrenia es una enfermedad que bien diagnosticada y con el tratamiento adecuado se puede estabilizar y llegar a una realización de una vida medianamente normal.
El personal sanitario en general y en nuestro caso, el TCAE de manera concreta tiene que disponer de los conocimiento, y de las estrategias necesarias, con los que afrontar las situaciones críticas, en las que se desarrollen brotes psicóticos. Ya que se trata de pacientes que dadas sus circunstancias ponen en peligro tanto a su propia persona, como a las personas que les rodean.

6 Bibliografía

- Cuidados Auxiliares de enfermería apoyo Psicológico al Paciente. Ilerna.
-https://www.who.int
- https://www.centromedicopsicologia.com.
-https://www.mayoclinic.org
- https://scielo.isciii.es

Capítulo 208

ROL DEL TCAE ANTE LA INFECCIÓN URINARIA

PILAR ORTUNO FERNANDEZ

CELIA CHACÓN ORTUNO

LUCÍA CASAS ORTUNO

ELIZA ZOTIC

1 Introducción

La ITU es una de las infecciones más comunes, cuyo proceso ocurre cuando las bacterias penetran en la uretra e infectan las vías urinarias. Puede ocurrir que estas infecciones no den síntomas y solo se conozcan a través de un urocultivo y otras veces la sintomatología es más visible ya que hay dolor al miccionar, el paciente puede tener febrícula, la orina es colúrica, turbia y de un olor más fuerte de lo normal.

Puede llegar a infectar los riñones, uréteres, la vejiga y la uretra, aunque lo más común solo ocurra en las vías inferiores como en la uretra y vejiga; siendo más frecuentes en las mujeres produciendo cistitis si la afectación es en la vejiga, por otro lado si es en la uretra deriva en uretritis.

Otros factores de riesgo son la obstrucción en las vías urinarias por cálculos renales o un engrosamiento de la próstata, también la diabetes origina infecciones o el uso de catéteres en personas con dificultad para miccionar.

Una ITU sin tratamiento adecuado puede dar lugar a infecciones recurrentes, daño renal permanente o incluso una septicemia que ocasiona la muerte debido

a que la infección que se ha extendido por todas las vías urinarias dañando los riñones.
Para evitar todo esto es necesario que el equipo de profesionales trabaje de manera aséptica y cuidadosa. Los TCAE tienen una labor muy importante en la prevención puesto que son los encargados de la higiene del paciente.

2 Objetivos

-El objetivo principal es evitar las Infecciones Urinarias durante el ingreso:
. Realizar la técnica del sondaje de manera aséptica.
. Cuidar de la sonda vesical y una correcta manipulación de ella.
. Ejecutar la higiene de los genitales de forma exahustiva.
- Conseguir adelantar el alta hospitalaria y evitar nuevos ingresos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y contrastadas.

4 Resultados

La infección urinaria es causada por bacterias como Escherichia Coli, Klepsiella, Enterococo, Pseudomona…

FACTORES DESENCADENANTES DE ITU:
- INCONTINENCIA URINARIA
La pérdida de orina de forma involuntaria se denomina incontinencia urinaria, que está ligada con el embarazo en las mujeres o las distintas afecciones de la próstata en los hombres. Estos problemas pueden influir de manera desigual en la calidad de vida de una persona ocasionando grandes cambios en la rutina diaria , limitando la autonomía que antes tenía, aunque con el tratamiento adecuado puede paliar los efectos adversos de la incontinencia. El médico especialista basándose en una serie de síntomas y signos que el paciente le comunica más los antecedentes previos recogidos en la historia clínica dan lugar a la petición de pruebas complementarias como analíticas, ecografías, flujometrías… Determinaran la manera adecuada de minimizar los síntomas.

- ITU EN PACIENTES INCONTINENTES Y DEPENDIENTES
En los pacientes con absorbente urinario es muy frecuente puesto que el contacto prolongado con la orina y una deficiente higiene ocasionan infecciones de repetición.
- PACIENTES CON LA PROSTATA ENGROSADA O CON CÁLCULOS RENALES
Un aumento de la próstata impide que en la micción se elimine la orina en su totalidad eso se almacena en la vejiga derivando en infección. Lo mismo ocurre con los enfermos con cálculos renales, el cálculo obstruye los esfínteres impidiendo la salida completa de la orina.
- EFECTOS SECUNDARIOS DE FÁRMACOS
Tomar antibióticos para otras patologías puede incrementar el riesgo de ITU.
- RELACIONES SEXUALES
Mantener relaciones sexuales con distintas parejas sin uso del profiláctico y sin una higiene adecuada también desencadena en ITU, sobre todo en la mujer.

TRATAMIENTO FRENTE LAS ITU
El tratamiento va a depender del estado de salud del individuo y del tipo de bacteria que contiene la orina.
Se aplicará un antibiótico vía oral si la infección es leve, mientras que si el paciente es resistente a ese antibiótico y perdura la infección se aplicará un antibiótico intravenoso para impedir que avance y colapse los riñones.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo se debe incidir en la prevención, implicando al individuo y a los distintos profesionales que componen el equipo asistencial. En el servicio de urgencias es importante que durante la técnica del sondaje vesical el profesional la ejecute con asepsia, para eso se debe utilizar un equipo estéril y una previa higiene de los genitales.
También es de vital importancia la frecuencia del cambio de pañal siempre que lo solicite el paciente si está consciente, si no lo está una revisión continuada para su comprobación.
Los Médicos especialistas en urología y ginecología recomiendan para la prevención una ingesta hídrica superior a 2 litros de líquidos y realizar ejercicios pélvicos (Kegel).

6 Bibliografía

- Mayo clinic.
- Mc Graw Hill.
- Protocolo de Actuación de Urología del Hospital General La Mancha Centro

Capítulo 209

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN PERFUSIÓN INTRAVENOSA

BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ

ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA

MONTSERRAT MERLO ROMERO

NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ

MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA

1 Introducción

En este capítulo vamos a centrar nuestra atención en la perfusión intravenosa. La administración de medicamentos a través de las venas es relativamente reciente, ya que solo se viene empleando desde hace varias décadas.
Se podría decir que Christopher Wren es el inventor de este tipo de administración de fármacos puesto que fue el primero que de diferentes experimentos dijo que la corriente sanguínea podía ser utilizada para transportar los medicamentos líquidos a las distintas partes del cuerpo.

La utilización de la vía endovenosa de administración de medicamentos o fármacos ha dependido sobre todo de la disponibilidad de material adecuado para poder llevar a cabo la punción venosa, la percusión de líquidos y fármacos.
Actualmente su utilización está indicada para la administración de medicación, líquidos, sangre o sus productos derivados, alimentación parenteral y controles hemodinámicos en pacientes graves.
La perfusión intravenosa pertenece a la vía parenteral de administración de medicamentos. Se podría decir que a través de ella por punción endovenosa se administra con fines terapéuticos o medicinales una solución líquida.
En dicha punción no se suelen utilizar las venas de los miembros inferiores sino la de los miembros superiores: red venosa dorsal de las manos, vena basílica del antebrazo, vena cefálica del antebrazo, vena mediana basílica, vena mediana cefálica, vena basílica y vena cefálica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Desarrollar el protocolo de actuación en la administración de la perfusión intravenosa.
Objetivo secundario:
Poner en conocimiento los usos de la perfusión intravenosa.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en las bases de datos científicas: Pubmed y Medline.
La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés.

4 Resultados

En la actualidad la perfusión endovenosa se utiliza para:
- Restablecer en el organismo la perdida de líquidos (como por ejemplo sangre, plasma, etc) y electrolitos (minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan carga eléctrica)
- Aporte de nutrientes, con el fin de aportar la energía necesaria al paciente. Se aportan glúcidos, lipidos o proteinas y aninoacidos.

- Administración medicamentosa que suele administrarse junto con sueros.
- Control hemodinámico del paciente. Protocolo de actuación de perfusión intravenosa:
- Preparar el material necesario para llevarla a cabo: . Frasco de cristal o bolsa de plástico con la solución o fármaco prescrito. . Gasas. . Antiséptico. . Agujas. . Catéter. . Esparadrapo hipoalergénico. . Guantes estériles. . Pie de goteo. . Sistema tubular de conexión del recipiente) con la aguja o sistema de punción. . Bomba de percusión. . Hoja de medicación del paciente a perfundir. . Soporte de suero. . Batea.
- Una vez que está preparado todo el material necesario para llevar a cabo la perfusión lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que la hoja de medicación corresponde con el paciente.
- Preparar y etiquetar medicación.
- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar y pedir su colaboración.
- Desinfectar la zona donde se va a realizar la punción.
- Realizar la punción, fijando la aguja o catéter con apósito transparente.
- Quitar el precinto del frasco o bolsa que contiene el líquido a perfundir.
- Conectar al sistema tubular.
- Colgar la solución en soporte.
- Iniciar la perfusión, ajustando la velocidad del flujo.
- Acomodar al paciente
- Recoger todo, dejando la habitación o habitáculo en perfectas condiciones.
- Quitarse los gantes.
- Lavarse las manos.
- Anotar o registrar la solución perfundida y (con fecha y hora de administración) y cualquier incidencia que suceda durante la perfusión.

5 Discusión-Conclusión

Además de que es función específica del TCAE la preparación de todo el material necesario para desarrollar la perfusión intravenosa, recoger todo el material utilizado, la desinfección del material y acomodar al paciente es necesario que conozca todo el proceso de perfusión intravenosa porque aunque lo realiza en si el DUE, nosotros los técnicos en cuidados de enfermería (TCAEs) debemos conocerlo porque debemos colaborar en todo el proceso, así como en la vigilancia del paciente durante todo el tiempo que dure el proceso.

También es muy importante que conozcamos y sepamos restablecer la velocidad de percusión, ya que en nuestro día a día podemos observar como los pacientes nos reclaman constantemente diciéndonos" que esto no cae" y muchas veces solo con decirles que baje el brazo.

6 Bibliografía

Wikipedia. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. https://www.auxiliarenfermeria.com.
https://revistas-portalesmedicos.com
https://www.msdmanuals.com
https://apuntesauxiliarenfermeria.com
https://www.secpal.com

Capítulo 210

FUNCIONES DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL APOYO A DOMICILIO

BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ

ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA

MONTSERRAT MERLO ROMERO

NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ

MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA

1 Introducción

El papel del TCAE es extenso y variado en diferentes campos de actuación donde llevarlas a cabo. Para poder realizar todo esto de manera óptima deben estar formados con los correspondientes conocimientos y formar parte de los distintos equipos de trabajo.
En este trabajo se estudiará las funciones y tareas del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en relación al apoyo domiciliario.
Coexisten muchos pacientes que debido a su estado de dependencia, requieren de una tercera persona le preste cuidados y apoyos para poder hacer actividades

básicas de la vida diaria así como las instrumentales de cada persona. Hace décadas y durante muchas, era la pertinente familia la que proporcionaba ese apoyo a los familiares dependientes.
Las mujeres prestaban esa atención, pero en la actualidad, la unidad familiar ha prosperado considerablemente y ha habido muchos cambios, como es la introducción de la mujer a la vida laboral, por lo que ha sido necesario crear unos servicios para poder atender a los pacientes dependientes.
Se pueden distinguir los servicios de atención domiciliaria que unos son los servicios que se realizan en el domicilio del paciente y otros son los servicios asistenciales que son las atenciones que se realizan a personas dependientes en una institución disímil al entorno habitual.

2 Objetivos

- Describir cuales son las funciones que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en relación al apoyo domiciliario en general.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en las bases de datos científicas: Pubmed y Medline.
La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés.

4 Resultados

Ahora se describirán las diferentes funciones realizadas por el TCAE para proporcionar apoyo a pacientes en situación de dependencia en su mismo domicilio que se pueden simplificar todas y cada una de ellas en mantener en buen estado de bienestar proporcionando calidad de vida, mientras se mantiene en todo caso la intimidad y fomentando en la medida de lo posible su autonomía:
- En relación a la alimentación, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que conseguir que el paciente siga unos buenos hábitos alimenticios mediante una dieta sana y equilibrada. También ayudará al paciente a que tenga una correcta higiene postural. Es de vital importancia por parte del TCAE que este sepa las intolerancias o alergias que padece el paciente.

- En cuanto a la movilización, cuando se trata de pacientes con movilidad reducida, el TCAE tiene que ayudarlos a realizar los ejercicios que el profesional de fisioterapeuta le ha marcado. Por otra parte, también tendrá que ayudar al paciente en las tareas de levantarse y acostarse y apoyarles en la movilidad tato dentro como fuera del domicilio realizando paseos o ejercicios.
- Tareas socioeducativas: consiste en enseñar o incluir al individuo a que realice las tareas domésticas que le sean posible. También hay que inducir a que adquiera hábitos básicos que estén relacionado con la alimentación, la higiene, conductas que sean saludables como por ejemplo que no fumen, que no beban alcohol, que no se droguen, conductas sociales, acompañarlos para que no se sientan solos, ayudarles a que se comuniquen con los demás, etc. Con todas estas cosas conseguiremos que crezca su autoestima.
- Aseo personal: cuando se dan casos de que el paciente está encamado, hay que hacerles una higiene de encamados. Si no son encamados, únicamente les ayudamos si fuese necesario en el aseo o en el baño diario, en el lavado del cabello, lavado de dientes, arreglo de uñas, afeitarse, maquillarse, peinarse, ayuda para vestirse, y demás cosas que precisen de ayuda.
-Tareas para una mejor relación con el entorno: estas tareas consisten en ayudar al paciente a realizar tareas fuera del domicilio como por ejemplo dar paseos, ir a la compra, acudir a consultas médicas, etc

5 Discusión-Conclusión

En esta última época, la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cuanto al apoyo que presta en el domicilio de los pacientes dependientes, está muy insuficientemente estimada.
A pesar de que las funciones del Tcae son muy variadas, la función de apoyo domiciliario es una de las más demandadas en la actualidad y es debido a que en pleno siglo xxi en el que vivimos, las personas de una unidad familiar debido a la vida laboral entre muchas otras cosas, les es imposible prestar la atención necesaria a sus familiares dependientes y es por ello por lo que es necesario contratar los servicios del tcae para cubrir esa necesidad y poder prestarle a este tipo de pacientes la atención que necesitan.
Finalmente se puede decir que el papel que descarga un tcae en el apoyo domiciliario es de trascendente importancia ya que sin este personal sería imposible prestarles a estas personas dependientes la atención que requieren.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez De La Plaza.
2. Ana Mª Fernández Espinosa.
3. Elsevier.Revista Españolade geriatría y gerontología.
4. Dialnet.Salud y calidad de vida en las personas mayores.

Capítulo 211

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE EL AUTOCLAVE Y LOS PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN

BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ

ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA

MONTSERRAT MERLO ROMERO

NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ

MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA

1 Introducción

La palabra clave en esta revisión es esterilización, lo que significa libre de bacterias, microorganismos, hongos, virus, etc.
Las cámaras de esterilización son de proceso autoclave, óxido de etileno, pasteurización, horno de pasteurización o popinel, etc.
Todas las anteriores se utilizan en hospitales, centros de salud, material clínico para tratamientos, quirófanos, etc.
Los materiales sucios o contaminados que ingresan a la cámara de esterilización deben prepararse antes de usar el proceso de esterilización, por lo que primero se

debe limpiar el material y luego colocarlo en la lavadora de material clínico, que puede dejar rastros de sangre o posiblemente tejido, etc. hasta que desaparezca su alta temperatura a la que son sometidos.
Después de este lavado, se deben revisar los materiales uno por uno para asegurarse de que ninguno esté sucio y no pueda esterilizarse adecuadamente.
Es importante saber que es necesario esterilizar no solo el material clínico, sino también textiles, paños quirúrgicos, vestidos, etc.
Hay que doblarlos siguiendo protocolos adecuados para que no pierdan su esterilidad durante el uso, y hay que tirar la ropa para aumentar los costes económicos hospitalarios.
Nuestro trabajo se basa en las funciones que debe realizar el TCAE en la cámara de esterilización en general.

2 Objetivos

- Describir los materiales que requieren esterilización en autoclave.
- Conocer las operaciones compatibles con TCAE en la cámara de esterilización en general.

3 Metodología

Revisión e investigación de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en Internet según el protocolo PRISMA.
La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.
Incluye texto y/o artículos que analicen la experiencia en esterilización, el equipo utilizado, etc. de TCAE
Palabras clave: autoclave, esterilización, capacitación.

4 Resultados

Un autoclave es un aparato que esteriliza materiales en hospitales, centros de salud y es muy importante. Funciona durante unos 15-20 minutos a unos 121º de calor húmedo o 7-8 minutos a 134º. Es el agente antibacteriano más efectivo y es capaz de destruir cualquier patógeno.
El TCAE podrá colocar materiales textiles en la canasta del autoclave con suficiente separación, estos materiales deberán envolverse con suficiente papel de-

bido a que la esterilización se realiza a alta temperatura, por lo que se mojará y cambiará el color de la correa, eso sí, dígale nosotros que el material está esterilizado. (Tonelada. Arufat 2013).
También puede traer material de instrumentos clínicos que se someterá al proceso descrito anteriormente, limpiado previamente a fondo y debidamente envuelto con las correas correspondientes, mientras nos notifica que ha sido esterilizado.
El caucho y la goma de mascar requieren una temperatura más baja, el autoclave se establece a 121º para evitar la destrucción del material. (McGraw-Hill; 1993)
El TCAE es uno de los trabajadores básicos en esta sala de esterilización, no solo para ingresar correctamente el material, sino también para realizar las pruebas de control biológico que se deben realizar en cada ciclo, cambiará de color para demostrar que está funcionando correctamente. Los métodos de esterilización también se pueden esterilizar a temperaturas bajas o más suaves, pero el autoclave es el más eficaz.
Las ventajas de usar autoclave son bajo costo, protección ambiental, buen efecto de penetración de vapor a alta temperatura y no toxicidad. La desventaja es que cuando se usa un autoclave, se debe tener en cuenta el TCAE, es necesario tener mucho cuidado al cargar, el TCAE tarda mucho en envolver el material, es fácil dañar el material de goma y cortar finamente. material. (Real Decreto 664/1997)
La revisión de los materiales debe verificarse en todas las etapas del proceso de esterilización para evitar que se devuelvan materiales incorrectos y no afecten los procedimientos quirúrgicos, etc.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de esterilización es una parte muy importante del hospital, ya que de él dependen muchos métodos, operaciones, anestesias, etc.
El autoclave ha sido elegido como el método más eficiente, eficaz y económico para conseguir que el proceso aséptico se pueda realizar en una jornada laboral con total seguridad.
Es importante estar capacitado y actualizado en los métodos de esterilización, ya que de esto dependerá el buen funcionamiento del proceso de esterilización y la protección de todo tipo de esporas, virus, etc.
La falta de formación puede acarrear consecuencias fatales en la manipulación de materiales, errores clínicos y de envasado textil e incluso quemaduras al vaciar el autoclave. Por lo tanto, las personas que no estén familiarizadas con la desinfección deben tener cuidado de evitar este tipo de riesgos.

6 Bibliografía

- Enfermería profesional. Técnicas de enfermería. Wieck, Lyng, editor. McGraw-Hill; 1993. oxic anterior segment syndrome: update on the most common causes. Zachary Bodnar. MD, Mammalis MD. Journal Cataract Refractive Surgery 2012; 38: 1902-1910.
- Unidad central de esterilización. Estándares y Recomendaciones. Informes e investigación 2011. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. -www. ISSU.com.hhl.
- T. Arrufat (2013). Taller: esterilización de material sanitario en atención primaria.
Guía del INSHT de desarrollo al Real Decreto 664/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Capítulo 212

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA

ELENA DEL HORNO DIAZ

PAULA SÁNCHEZ PARIS

MARIA EVA GARCIA HERAS

MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ

1 Introducción

Entendemos como urgencia hospitalaria a un inesperado problema de salud que precisa de asistencia médica de inmediato porque la vida del individuo corre peligro. El trabajo que se desarrolla en el servicio de urgencias es un trabajo de equipo, trabajando conjuntamente con médicos, enfermeros, celadores… de manera coordinada y cada uno sabe cuál es su función.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla múltiples funciones en el servicio de urgencias, podemos decir que en este servicio es donde más se desarrollan todas ellas de manera conjunta, ya que las situaciones cambian constantemente y hay que tener una buena preparación y formación para saber afrontarlas.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería quedan recogidas dentro del RD 546/1995 del 7 de abril, donde específica que esta figura forma parte del equipo y esta bajo la supervisión del equipo de enfermería.
Las funciones se encuentran detalladas desde el 26 de abril de 1973 del ministerio de trabajo y fue publicado en el BOE entre el 28 y 30 de abril del mismo año.
También cabe destacar su independencia en cuanto al trato con el paciente, ya que serán los encargados de atender las actividades básicas de la vida diaria que el propio paciente no sea capaz de desarrollar, y atendiendo sus necesidades fisiológicas en todo momento.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las funciones principales que ejerce el técnico en cuidados de enfermería en el servicio especial de urgencias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Google Scholar, Medline.
También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente y se han seleccionado aquellos artículos más relevantes en relación con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y las funciones que desempeña dentro del servicio especial de urgencias.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de conocer y aplicar en cada momento el secreto profesional, ya que es conocedor de la intimidad del paciente y de todo lo confidencial respecto a las pruebas y procedimientos que se le están realizando a los pacientes, no pudiendo revelar nada de estos ni a familiares ni al mismo paciente, ya que de esto se encarga en exclusiva el médico.
Solo en situaciones especiales como por ejemplo malos tratos o enfermedades de declaración obligatoria se verá obligado a romper dicho secreto profesional.
El TCAE es el encargado de recibir al paciente, comprobará que esta identificado correctamente. Acomodara al paciente en el destino correspondiente y le ayudará a desvestirse y ponerse el pijama del hospital siempre que sea necesario

respetando su intimidad en cada momento.
En el servicio de urgencias se desarrollan diferentes técnicas en las que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería colaborara activamente junto con el equipo de enfermería y médicos. Será el encargado de preparar el material necesario para dichas prácticas, así como de limpiarlo y esterilizarlos siguiendo las recomendaciones oportunas.
También será el encargado de revisar el stock de urgencias y reponer todo el material que se vaya utilizando para que siempre estén en correctas condiciones, ya que estos servicios siempre tienen que disponer de todo el material. Se encargarán de revisar que todo el aparataje funciona en correctas condiciones y anotará aquellas incidencias que vayan apareciendo para solventarlas lo antes posible.
Administrará la medicación por vía oral a los pacientes y enemas de lavado.
Junto con el equipo de enfermería tomará constantes, anotándolas donde corresponda, realizará electrocardiogramas cuando sea necesario.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado de explicar tanto a pacientes como usuarios de la normativa establecida en cuanto al número de familiares que pueden quedarse dentro del servicio.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel imprescindible en el servicio de urgencias, en el que trabajara en equipo de manera conjunta con médicos, enfermeras, y celadores para llevar a cabo todos los procedimientos que vayan surgiendo en cualquier momento.
Ayudará a médicos y enfermeras a desarrollar las técnicas que sean necesarias, preparando todo el material necesario para dicha prueba, y encargandose posteriormente de su correcta limpieza y esterilización.
Deberá de revisar el stock de los boxes reponiendo todos los materiales que se vayan gastando, y mantendrá limpios y en condiciones optimas los mismos-
Será el encargado de acomodar al paciente, y de encargarse de todas las necesidades que vayan surgiendo mientras se encuentren en este servicio.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias/
https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/

https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-11_5e42cf800eb23_ACTUACINDELTCAEENELSERVICIODEURGENCI1.pdf

Capítulo 213

CONOCIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y SOPORTE VITAL BÁSICO

Mª DEL MAR MONTERO SANCHEZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS

MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS

ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ

1 Introducción

La parada cardiaca es una causa de mortalidad de alta incidencia actual. Según estudios en entre marzo y abril del 2020, se produjeron infartos en 1.009 pacientes, de los que murieron un 7,5%, es decir, un aumento de la mortalidad del casi 50% respecto a los resultados del año anterior. La parada cardiorrespiratoria incluye: Reconocimiento de la PCR y petición de ayuda que es la clave para activar el sistema de emergencias e iniciar el tratamiento precoz de la emergencia.
La reanimación cardiopulmonar se trata de compresiones torácicas. Se realiza con casi en el final de la palma de la mano en la mitad baja de lo que se conoce como

esternón y la otra mano sobre la que apoyamos en el esternón, manteniendo los brazos estirados y verticales al pecho de la persona que ha sufrido la parada cardiorrespiratoria.
Se van a alternar compresiones que se trata de insuflaciones en una secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) a un ritmo de 100 compresiones por minuto hasta que llega ayuda especializada. El uso de la desfibrilación precoz que es uso del DEA lo más rápido posible en cuanto esté disponible.
El proceso de desfibrilación en los primeros minutos de la parada puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50-70% por ello la intervención debe realizarse de forma rápida y eficaz. Se debe reducir el tiempo entre la última compresión y la administración de una descarga y la reanudación de las compresiones inmediatamente después de la descarga para evitar una asistolia.

2 Objetivos

Para realizar este capítulo, se toma como objetivo principal:
Indicar los conocimientos que debe tener un técnico en cuidados auxiliares de enfermería acerca del protocolo de reanimación cardiopulmonar y soporte vital básico.
Como objetivo secundario:
Analizar la importancia de avisar con antelación ante la verificación de una parada cardiorrespiratoria.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo que forma parte de un libro, se trata de una revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas revistas de divulgación científica con el buscador Google académico, Medline, OMS y diversas páginas webs y una revisión bibliográfica de las distintas webs departamentales de varios hospitales de la red española de sanidad con palabras clave: RCP, DEA, VÍA AÉREA, FV, TCAE entre otros.
Se han excluido los textos en otras lenguas.

4 Resultados

Para identificar si una persona ha entrado en parada cardiorrespiratoria. Si es así, realizar una sustitución temporal de las funciones respiratoria y circulatoria per-

manente, hasta que se pueda realizar un tratamiento con el objetivo de oxigenar a la víctima para evitar lesiones cerebrales.
Este protocolo debe conocerlo todo el personal sanitario, auxiliares de enfermería incluidos. Si se realiza de la forma protocolaria hasta que se llegue a los servicios de salud de urgencia, pueden salvar la vida al paciente.
En la práctica, se debe:
- Estar en un lugar seguro.
- Comprobar si la víctima está consciente.
- Abrir una vía aérea.
- Comprobar su respiración.
- Aplicar masaje cardíaco.
- Comprobar si la reanimación cardiopulmonar hace efecto y si no es así seguir reanimando hasta que llegue la ayuda especializada.

En nuestro país, todos los años, hay alrededor de 30.000 paradas cardíacas, con unas tasas de supervivencia que rondan el 5%. Una actuación precoz hace posible que se incremente la supervivencia hasta un 70%, por eso es de vital importancia educar a la población en general en la reanimación cardio pulmonar básica se debe tener la capacidad para reconocer una parada y poder actuar en el menor tiempo posible.
Se debe establecer campañas de primeros auxilios en los que la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante, ya que los conocimientos adquiridos son traspasados a la población de manera indirecta con los servicios de prevención desde atención primaria, implementando en la población los hábitos de vida saludable para evitar los infartos por colesterolemia y otras patologías adheridas a los estilos de vida inadecuados. Evitar el tabaco y el alcohol y llevar una vida relajada son parte de los abordajes para prevenir las paradas cardiacas entre la población.
En ámbitos hospitalarios es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería quien se hace cargo de que el carro de paradas tenga todo lo necesario para actuar ante una urgencia de este tipo y será quien después de colaborar en la reanimación se haga cargo de que el carro vuelva a quedar en condiciones de uso para otra emergencia y firmará en el registro su praxis con fecha de la reposición del material y su limpieza.

5 Discusión-Conclusión

El porcentaje de supervivencia a una parada cardiorrespiratoria no solo depende de la enfermedad que la provoca, sino también de los tiempos de respuesta y la

calidad de las maniobras aplicadas. Por ello los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar deben estar ampliamente difundidos, entre la población.
La fibrilación ventricular provoca el 85% de las paradas cardiacas, disminuyendo las probabilidades de éxito del tratamiento si se retrasa la desfibrilación. Por ello disponer en todas las zonas sanitarias y de acceso público de un desfibrilador automático es de suma importancia para evitar la asistolia que llevará al exitus a la víctima de fibrilación ventricular. Impartir conocimientos de la reanimación cardiopulmonar lleva implícito el manejo del desfibrilador automático para que la operación de salvamento tenga el mayor éxito posible y las mínimas secuelas cerebrales en las victimas de infarto.
No sólo el personal sanitario y por ende en técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar formado en este campo, sino que deben realizarse campañas de educación sanitaria para que llegue a toda la población en general.

6 Bibliografía

1- ANTÚNEZ, M. Gómez, et al. Reanimación cardiopulmonar. Soporte vital básico y avanzado. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2015
2-http://www.medline.es.
3-https://www.dialnet.com.
4. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/soporte-vital-basico-en-la-parada-cardiorrespiratoria-
de-origen-extrahospitalario/
5. https://revistamedica.com/actuacion-enfermeria-parada-cardiorrespiratoria/

Capítulo 214

LA OXIGENOTERAPIA Y SUS ENFERMEDADES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS

Mª DEL MAR MONTERO SANCHEZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS

ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ

1 Introducción

El sistema respiratorio está compuesto por muchas partes que tienen el objetivo de obtener del medio ambiente el oxígeno para nutrir todas las células del cuerpo humano expulsando al medio el dióxido de carbono.
Se trata de un equilibrio en el sistema humano de estos dos gases de tal manera que la eficacia respiratoria permite la estabilidad del ácido - base en los seres humanos.
El mecanismo de la respiración depende del propio sistema respiratorio y de la respiración que se realiza en las células que obtienen del oxígeno la energía necesaria y expulsan el dióxido de carbono como desecho.

Este sistema perfecto de respiración que la primera es externa y la segunda es la interna mantiene la capacidad de adaptación gracias a la ventilación, difusión y perfusión que se adecuan a cada momento y circunstancia que vive el ser humano.
El aparato respiratorio se relaciona con el sistema circulatorio para poder realizar esta función.
De esta forma se produce una adaptación tanto en reposo como en actividad extrema.
De esto se puede deducir que es necesario conocer el funcionamiento del aparato respiratorio de tal manera que se puedan comprender las patologías para poder apoyar a las personas con problemas derivados de este sistema.
En muchas ocasiones a las personas que son ingresadas en los centros hospitalarios se les administra oxígeno de diferentes maneras según el estado en que se encuentran y la patología ya sea respiratorio o que dicha enfermedad le provoque problemas respiratorios.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos a tratar dentro de este capítulo, se diferencia un objetivo principal:
• Describir el método de la oxigenoterapia dentro de los hospitales Desde este objetivo general se puede desglosar otros objetivos secundarios:
• Analizar los diferentes sistemas de oxigenoterapia.
• Cuidar los sistemas de oxigenoterapia por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración y desarrollo del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en cualquier tipo de soporte ya sea papel o digital.
Se ha realizado una búsqueda sistemática y profunda 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, así como de estudios cualitativos y cuantitativos siendo las palabras claves de la búsqueda: Oxigenoterapia, métodos de oxigenación e insuficiencia respiratoria.

4 Resultados

La ventilación es la entrada de aire del medio a través de la vía aérea hasta los alveolos para luego volver a salir. El acto activo y voluntario de la entrada de aire recibe el nombre de inspiración mientras que el proceso de salida del aire que es pasivo o involuntario recibe el nombre de espiración. Estos dos procesos componen el ciclo respiratorio que conlleva una serie de frecuencias, volúmenes y presiones propias de cada persona.
Dentro de este proceso respiratorio, la difusión consiste en el paso de los gases desde los pulmones a la sangre.
La llamada insuficiencia respiratoria crónica de las personas adultas es uno de los principales problemas de salud y presenta unas elevadas tasas de mortalidad. Suele ser un de las causas de ingreso hospitalario por ello es necesario conocer las técnicas terapéuticas.
Una de las afecciones o enfermedades más comunes de las personas a las que se atienden en los centros hospitalarios es el asma o el EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) que se caracteriza por la obstrucción crónica del flujo de aire hacia los alveolos siendo el consumo de tabaco su etiología. Estos pacientes suelen hacer apneas durante el sueño y suelen precisar de un apoyo técnico durante la noche para evitarlas. La disnea es uno de los síntomas más claros de esta dolencia que se va desarrollando paulatinamente y progresivamente.
Esta enfermedad es tres veces más común en los varones que en las mujeres y afecta al 9% de la población de entre 40 y 69 años.
El cáncer de pulmón y el carcinoma de laringe es otra de las enfermedades que afecta con cierto porcentaje a las personas que precisan de oxigenoterapia. Normalmente, afecta más a los hombres que a las mujeres y está estrechamente relacionada con el consumo de tabaco.
La adicción al tabaco suele ser la causa que provoca este tipo de patogenias siendo el consumo de más de 30 paquetes al año el factor determinante para desarrollar estas enfermedades.
La tos crónica y productiva de carácter matutino es un síntoma evidente de una patología respiratoria con posibilidades de cronificarse. Los síntomas y signos más graves suelen aparecer a partir de los 50 años en algunas ocasiones, no se observan síntomas o son muy leves cursando de forma asintomática.
El asma bronquial es otra enfermedad crónica que viene provocada por una inflamación de las vías con una gran respuesta de los bronquios que se soluciona con tratamiento teniendo carácter reversible. Presenta una serie de síntomas característicos que son la tos seca, sibilancias, disnea y opresión torácica. Suelen

ser episodios, aunque se empeora por la noche. En muchas ocasiones el desencadenante suele ser una reacción alérgica por inhalación que provoca la administración de broncodilatadores.
El síndrome de apnea obstructiva del sueño conocido con SAOS surge en el momento de la inspiración en el proceso del sueño. Presenta como síntomas, tiempos de apnea, con despertares nocturnos y ronquidos. El paciente presenta sueño, cansancio, cefalea entre otros. El tratamiento de elección es un método que aplica presión positiva por una cánula nasal durante las horas de sueño.
El carcinoma de pulmón suele metastatizar en otros órganos cuando es descubierto. A la hora de ser diagnosticado se centra en el estudio radiológico ya que presenta signos y síntomas variados siendo el más común una tos persistente y tener antecedentes de consumo tabáquico. Suele realizarse una broncoscopia con biopsia para confirmar el diagnóstico.
En general, la insuficiencia respiratoria produce un fracaso del sistema respiratorio según sea el intercambio gaseoso. Los valores de la presión de oxígeno son de hasta menos de 60 mmHg y más de 45mmHg de dióxido de carbono que permiten hablar de hipoxemia e hipercapnia. Se presenta una insaturación del paciente que en muchas ocasiones viene asociada a otro tipo de patologías como las cardiológicas, neurológicas o urológicas. Para poder diagnosticar una insuficiencia respiratoria se debe realizar una gasometría arterial basal.
El síntoma principal para poder hablar de una patología respiratoria es la disnea aguda que puede venir provocada por un estado de ansiedad, la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, un traumatismo torácico, una crisis asmática, un edema de pulmón.
El hecho de mantener de forma constante sibilancias, tos, expectoración o dolor en la zona pleural son datos que muestran la posibilidad de una enfermedad respiratoria. Por ello, se debe observar a los pacientes para poder detectar cualquier cambio en el aparato respiratorio que pueda tener relación con alguna patología del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de oxigenoterapia suelen ser la opción como elemento fundamental para el tratamiento en pacientes con problemas respiratorios agudos o crónicos. De esta forma se logra recuperar la calidad de vida de los pacientes ya que la oxigenación permite la recuperación de los tejidos y los órganos del cuerpo con un aporte adecuado de oxígeno.
En base a esto, los cuidados y conocimiento de las técnicas de oxigenoterapia

son fundamentales para aportar beneficios a las personas que se atienden en los medios hospitalarios.
Este método se utiliza tanto de forma ambulatoria como de forma hospitalaria dependiendo del sistema que se administre al paciente. Normalmente, la administración domiciliaria suele ser un tratamiento caro y con ciertos riesgos por lo que se opta por realizarlos en los lugares específicos para ello y por los profesionales preparados para ello.
De esta forma se aporta una serie de beneficios como son la disminución de la mortalidad, un alta precoz y una mejor reintegración en su entorno social y familiar.

6 Bibliografía

• https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-oxigenoterapia-
situaciones-graves-10022221
• Casanova C, Hernández MC, Medina A, Acosta O. Oxigenoterapia. En: Caminero JA, Fernández L, eds. Manual de neumología y cirugía torácica. Volumen 1. SEPAR. Madrid: Editores Médicos, 1998.
• Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 215

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE TERMINAL

ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA

Mª DEL MAR MONTERO SANCHEZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS

MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS

MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ

1 Introducción

Una enfermedad terminal es la que se encuentra en el último estadio de su evolución y a la que se sucederá la muerte en un plazo relativamente corto, por término medio en unos seis meses.
Las principales causas son:
1. Cáncer sin tratamiento curativo posible.
2. Demencia en fase muy avanzada.
3. Accidente cerebrovascular
4. Enfermedad neurológica degenerativa avanzada
5. Enfermedad cardiorrespiratoria muy evolucionada
6. Hepatopatía crónica (cirrosis).
Existen diferentes grupos de pacientes en este estado:

1. Oncológicos: son el grupo más numeroso (mayores de 65, no haber realizado un diagnóstico precoz, retraso en el tratamiento, etc)
2. No oncológicos: son todos aquellos que pueden conducir a la muerte directamente o por complicaciones secundarias, por ejemplo, demencia, Parkinson, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, hepatopatías, entre otras.
Las diferentes características de la enfermedad terminal son:
- Diagnóstico de enfermedad confirmado
- Enfermedad avanzada, incurable y progresiva
- No responde al tratamiento curativo
- Presencia de síntomas: intensos, multifactoriales, cambiantes.
- Produce gran impacto emocional en: paciente, familia, equipo asistencial.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Las fases del duelo son, en base a Kubbler Ross:
1. De negación: conmoción, estupor, aturdimiento. El paciente no admite la idea de la muerte.
2. Ira: protesta, resentimiento, rabia.
3. Negociación o pacto: el paciente va aceptando la idea de la muerte.
4. Depresión: perdida de la esperanza.
5. Aceptación: etapa final de la vida, el paciente se entrega y deja de luchar.

Los objetivos de los cuidados paliativos pueden agruparse en:
1. Bienestar físico: tratamiento del dolor y cuidados físicos (nutrición, hidratación, fatiga, incontinencia, náuseas y problemas intestinales).
2. Bienestar psicológico: ansiedad, depresión, delirio, intranquilidad y agitación.
3. Bienestar social: involucra a los familiares y profesionales sanitarios.
4. Bienestar espiritual: incluye la fe en la religión y su práctica, la esperanza, la incertidumbre y la búsqueda de sentido.

Los pacientes que forman parte de estos dos grupos requieren de un buen plan de cuidados paliativos. La finalidad de los cuidados paliativos es:
- Calmar el dolor
- Controlar los síntomas
- Proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Mantener la vida, peros sin alargarla ni acortarla.
- Apoyar a la familia durante todo el proceso terminal y el duelo. La metodología a seguir en este tipo de pacientes será:

1. Estudio de los cuidados necesarios: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
2. Realizar un plan de cuidados individualizado.
3. Clasificación de los problemas, intervenciones, resultados.

4. Descripción de las patologías de ese paciente en concreto.
5. Aplicación del plan de cuidados.
6. Funciones y actuaciones del Auxiliar de Enfermería ante este tipo de pacientes.
Los cuidados paliativos son una parte fundamental del tratamiento de las enfermedades graves. Estos cuidados desarrollan un papel más predominante según la enfermedad va avanzando. Debemos tener en cuenta para obtener los resultados deseados:
- Atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad para tratar, ya que la familia tiene una especial importancia en el cuidado domiciliario.
- Promocionar la autonomía y la dignidad del enfermo, y elaborar con él los objetivos terapéuticos a alcanzar.
- Incorporar una actitud rehabilitadora y activa con el paciente para minimizar su actitud negativa ante esta situación.
- Mantener un ambiente de respeto, confort, comunicación con el paciente, la familia y el equipo terapéutico.
- Adoptar una actitud adecuada ante las situaciones que se vayan presentando, teniendo conocimiento de cómo tratar los síntomas.
- Conocimiento global de las enfermedades y la eficacia de las medidas preventivas y curativas.
- Formular, ejecutar y evaluar planes y programas de salud para la comunidad.
- Toma de decisiones clínicas lo más acertadas posibles.
- Hacer una evaluación eficiente en los tratamientos administrados.

2 Objetivos

El capítulo tiene una serie de objetivos a cumplir: Como objetivo principal:
• Exponer la valoración y cuidados del paciente en estado terminal. Objetivos secundarios:
• Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Este capítulo se compone de 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 han seleccionado textos en castellano excluyendo los de lengua inglesa.
Las palabras claves son: enfermo terminal, paliativos, cuidados, técnico en cuidados de enfermería entre otras.

4 Resultados

La valoración de los pacientes paliativos consiste en el análisis de la situación del paciente utilizando diversos instrumentos de valoración y la realización de una historia clínica completa.
Incluye varias categorías de funciones:
-Actividades avanzadas para la vida diaria.
-Actividades instrumentales de la vida diaria.
-Actividades básicas de la vida diaria.
La valoración debe incluir:
1. Valoración clínica: recogida de datos.
2. Valoración funcional: se emplean escalas como la de Barthel, Katz, escala de la incapacidad física de Cruz Roja, etc. Todas aquellas que valoran las funcionalidades de las personas en la vida diaria.
3. Valoración mental: incluye la esfera cognitiva y afectiva utilizando diferentes test y escalas.
4. Valoración social: analiza la actividad social del anciano y la carga del cuidador de Zarit.
Los cuidados del paciente en estado paliativo tienen como finalidad asistir todos los problemas que se vayan planteando, para conseguir un máximo bienestar, evitar el sufrimiento y preparar y lograr una muerte digna.
Los cuidados físicos abarcan una serie de procedimientos de enfermería que se basan en las necesidades del paciente. Los síntomas más frecuentes son: dolor, anorexia, sequedad de la boca, disnea, estreñimiento, insomnio, ulceras cutáneas, náuseas y vómitos, caquexia, ansiedad, depresión y angustia y situación agónica.
Los cuidados físicos abarcan las necesidades fisiológicas de las habla Maslow como la higiene, la alimentación o la eliminación. Uno de los objetivos a cumplir es el control del dolor favoreciendo el confort del paciente.
Se debe favorecer que el paciente haga pequeños desplazamientos y movilizaciones ya sean activas o pasivas. Esto va a favorecer el descanso y el sueño del paciente en los momentos adecuados.

Para controlar el dolor se suelen utilizar fármacos y métodos de relajación y masajes. Uno de los factores más importantes para lograr el control del dolor y el confort es la compañía de su entorno más cercano y familiares.
Se deben atender otros síntomas como disnea, movilización de secreciones, aparición de vómitos, toma de constantes vitales, administración de fármacos, cuidado de catéteres, bolsas de diuresis, comunicarse y escuchar al paciente.
Junto a esos cuidados, se deben atender las necesidades psicológicas de los pacientes para apoyarles y acompañarlos en los temores y ansiedades para lograr consolarlos.
El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene entre sus funciones:
1. Facilitar la estancia en el hospital a este tipo de pacientes, junto con el resto del equipo sanitario.
2. Aplicar enemas de limpieza.
3. Servir la comida y ayudar a los que necesitan ayuda.
4. Asear a los enfermos que no puedan hacerlo por si solos.
5. Brindar apoyo psicológico y acompañamiento a los pacientes.
6. Registro en las hojas de enfermería, temperatura, pulso, respiración, etc.
En resumen, tener cubiertas las necesidades básicas de las que habla Virginia Henderson del paciente en todo momento para que su estancia sea agradable y reconfortante satisfaciendo sus necesidades básicas en todo momento llevando a cabo los protocolos pautados y su aplicación adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos deben diseñarse de acuerdo con las necesidades y preferencias del paciente vulnerable, para proporcionarle una buena calidad de vida, muerte digna y satisfacción tanto al paciente como a sus familiares.
Deben garantizarse el acceso a programas de cuidados paliativos a todos los pacientes en las fases avanzadas y terminales de su enfermedad, sin tener en cuenta la zona geográfica donde residan. Asimismo, se deberán establecer mecanismos de coordinación e información entre todos los niveles asistenciales disponibles.
La eficacia con la que se brindan los cuidados paliativos determinará la calidad de vida de los pacientes en esta etapa, manteniendo un ambiente de respeto y confort que dependerá de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, con una buena organización que garantice la comodidad del enfermo durante su estancia en el centro sanitario.
Finalmente, el acompañamiento en el duelo a los familiares es primordial para superar la pérdida traumática ocasionada.

6 Bibliografía

1. Bio, R., Calvo, A. Z., La, V., Hombre, E. L., Muerte, L. A., Largo, L. O., Historia, D. E. L. A., Media, E., & Media, E. (n.d.). El enfermo terminal y la muerte.
2. Burgos, M., Simarro, M., Fremap, E., Jardín, C., Dccu, E., & Sevilla, D. (n.d.). Enfermería y el paciente en situación terminal.
3. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill

Capítulo 216

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA CORRECTA ACTUACIÓN CON PACIENTES QUE PRESENTAN HEMORRAGIAS

MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA

ELENA DEL HORNO DIAZ

PAULA SÁNCHEZ PARIS

MARIA EVA GARCIA HERAS

MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ

1 Introducción

Entendemos por hemorragia aquella situación donde se produce una salida de sangre fuera de los vasos sanguíneos debido a que estos se han lesionado.
Las hemorragias podemos clasificarlas según su causa, a continuación describimos algunas de ellas.

.Hemorragia traumática: las más frecuentes que afectan al sistema vascular son originadas por armas de fuego, armas blancas, asta de toro, lesiones en los drogodependientes, accidentes de tráfico, accidentes laborales.

.Hemorragias no traumáticas: Este tipo se origina por trastornos de la hemostasia. Se produce una pequeña cantidad de sangrado, cuando se genera pequeños traumatismos, como por ejemplo el sangrado de encías después de realizarse la higiene bucal.

Podemos diferenciar las hemorragias según su origen, dependiendo del tipo de vaso que se haya lesionado pueden ser:

.Arterial: En este caso la sangre proviene de una arteria y sale a presión al compás de los latidos del corazón.

Venosa: En esta ocasión la sangre proviene de una vena, y la salida de la misma se produce de manera continua.

.Capilar: En este caso la sangre proviene de capilares, y da lugar una multitud de puntos sangrantes. Se produce un sangrado de una manera continua al que se le denomina sangrado en sábana.

Podemos clasificar las hemorragias según el lugar donde se producen, pudiendo diferenciarlas entre internas y externas. En el caso de las externas algunos ejemplos son: otorragia, epistaxis, hemoptisis, gingivorragia, hematemesis, melena, rectorragia, hematuria, menorragia, metrorragia. De las hemorragias internas podemos diferenciar dos tipos: cavitaria e intersticial.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuales son las diferentes clasificaciones de las hemorragias.

3 Metodología

Para el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Google scholar, Medline, Scielo, Pubmed.
También se ha revisado la literatura científico sanitaria existente en referencia con la clasificación de las hemorragias y la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
Se han utilizado términos de búsqueda que han sido combinados con filtros y descriptores como: clasificación de hemorragias, primeros auxilios hemorragias.

4 Resultados

Algunos métodos que se utilizan para poder controlar las hemorragias cuando realizamos los primeros auxilios son:

-Compresión directa: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ejercer presión de manera directa sobre aquellos vasos sangrantes del paciente. Esta técnica consigue detener de inmediato la hemorragia, y puede llegar a ser suficiente para contenerla.
Se realizará cogiendo un montón de gasas o compresas estériles y colocándolas en lugar del sangrado presionando durante un periodo de 10 minutos, sin levantarlas. En el caso de que las gasas se empapen de sangre solo se sustituyen las que no se encuentran en contacto con la herida, para evitar que el coagulo que se esta formando se destruya.

-Compresión directa del vaso principal que irriga las extremidades: En este método utilizaremos el talón de nuestra mano para poder comprimir el punto anatómico por donde se esta produciendo la hemorragia, presionando contra el hueso. Podemos diferenciar dos puntos claves para este tipo de compresión:
.Arteria femoral: En el caso de que la hemorragia se haya producido en un miembro inferior, se comprime en medio del pliegue inginal con el talón de la mano, y con el brazo extendido para así ejercer presión con todo nuestro peso.
.Arteria humeral: En el caso de que la hemorragia se haya producido por debajo del codo, se comprime el brazo en la cara interna del mismo, por debajo del bíceps.

-Torniquete: En aquellas hemorragias que se hayan producido en las extremidades, y después de haber realizado las manobras que se han descrito anteriormente, y en el caso de que las mismas no hayan manifestado efectividad, se deberá de aplicar un procedimiento que debidamente utilizado puede salvar la vida del paciente. Siempre se debe de aplicar en el caso de haber acabado con todos los recursos y no haber tenido éxito, ya que al realizar esta maniobra podemos derivar otro tipo de complicaciones, como la pérdida del miembro, pero siempre se buscará salvar la vida del paciente.
Para la realización de un torniquete necesitamos un textil de unos 5 cm de anchos como mínimo y un sistema que nos permita realizar palanca, como por ejemplo un palo. El torniquete se coloca por encima del codo o de la rodilla, el paciente no puede permanecer con el torniquete mas de una hora, por eso es importante que se le traslade cuanto antes a los centros hospitalarios más cercanos.
En el caso de no ser posible, una vez que ha transcurrido una hora se aflojara un

poco, para que el oxígeno llegue a las extremidades.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de conocer cuáles son las causas más frecuentes de hemorragias, como se producen y cual es su clasificación. Es importante saber de que manera debe de actuar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante una hemorragia y cuáles son los pasos a seguir, para así evitar que el paciente pierda mucha sangre. La correcta realización del protocolo puede ayudar a que los pacientes puedan recuperarse de una manera satisfactoria, y sufriendo menos complicaciones derivadas de la hemorragia.
Como ultima opción debemos de tener en cuenta la realización del torniquete, siempre y cuando se hayan realizado el resto de técnicas sin éxito.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/hemorragias
https://on-enfermeria.com/pregunta-ope-tcae-42-signos-basicos-del-enfermo-con-hemorragia-importante/
http://www.medline.com/hemorragias/tcae

Capítulo 217

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS

MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA

ELENA DEL HORNO DIAZ

PAULA SÁNCHEZ PARIS

MARIA EVA GARCIA HERAS

MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ

1 Introducción

Definimos fractura como la interrupción de la continuidad estructural del hueso, que generalmente se produce por un traumatismo, aunque en algunas ocasiones también puede producirse porque el hueso manifiesta falta de resistencia, porque este enfermo.
La población que suele presentar más fracturas son jóvenes y adultos que por su profesión o por las actividades que desarrollan están más expuestos de sufrirlos. En los niños no están común debido a la elasticidad que presenta el hueso, sin embargo en los ancianos se producen más fácilmente por la fragilidad y rigidez que presenta el sistema óseo en edades avanzadas.

Además de las fracturas también podemos diferenciar dos causas que son bastante frecuentes, sobre todo en personas deportistas, en los que suelen producirse lesiones en las articulaciones óseas, estas reciben el nombre de:
Esguince: En este caso se lesionan las partes blandas, en especial los ligamentos, debido a realizar un movimiento de manera brusca, en este caso las articulaciones no pierden contacto entre sí.
Luxación: En este caso de produce una pérdida de contacto de manera permanente de las superficies articulares, produciendo una deformidad. Puede ser completa, en el caso de que la pérdida de contacto es total, o incompleta cuando se mantiene de manera parcial el contacto, en este caso recibe el nombre de subluxación.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuales son los tipos de fracturas y su clasificación
Cual es el protocolo de actuación que debe de desarrollar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente que presente una fractura

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Google Scholar, Pubmed, Scielo, Medline.
También se ha revisado la literatura científico sanitaria existente en relación con la clasificación de las fracturas.
Se han utilizado términos de búsqueda que han sido combinados con filtros y descriptores como: fracturas, clasificación, intervención técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Podemos diferenciar las fracturas según su tipo y el alcance que ha tenido en el hueso:
.Completa: Afectación de todo el espesor del hueso, quedando dividido en dos fragmentos.
.Incompleta o fisura: Afectación solamente en una parte del uso, no llegando a dividirse

.Conminuta: El hueso queda afectado y dividido en una multitud de pequeños fragmentos.
Según la dirección que presenta la fractura podemos diferenciarlas:
.Oblicua: Producida por un mecanismo de flexión del hueso
.Longitudinal: En este caso es la que sigue el eje del hueso
.Espiroidea: Producida mediante torsión del hueso
Transversa: Es producida en la línea perpendicular al hueso
.Según la integridad de la piel:
Abierta: En estos casos la piel no está integra y existe contacto de la fractura con el exterior quedando expuesta, el hueso sale hacía afuera, siendo evidente.
.Cerrada: En este caso la piel esta integra, la fractura es interna por lo que no tiene contacto con el exterior, puede manifestarse con deformación.
Según donde se localice la fractura:
.Diafisaria: En el caso de que quede afectada la parte larga de los huesos
.Metafisaria: Se da en el caso en que la zona afectada sea entre la unión que se produce entre epífisis y diáfasis.
.Epifisaria: Este caso es cuando el lugar afectado es el extremo del hueso.
Tratamiento general de las fracturas:
Cuando un paciente sufre una fractura lo primero que deberemos de hacer será inmovilizarlo, para evitar que el daño sea mayor, una vez que este llega al centro hospitalario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, deberá de estar pendiente tanto a las ordenes de enfermería como de los médicos, para atender al herido retirando las movilizaciones que se le han puesto con el máximo cuidado.
Por regla general el tratamiento de las fracturas consiste en tres medidas básicas: inmovilización, reducción, contención y rehabilitación funcional.
En el caso de que el paciente presente una fractura abierta primero se realizara la cura de la herida, y posteriormente su inmovilización.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar es muy probable que lo largo de nuestra vida nos encontremos con personas que han sufrido una fractura, o incluso nosotros mimos.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de tener ciertas nociones en el tipo de cuidados que se deben de adoptar, para evitar que estas se agraven.
Para ello debemos de conocer el tipo de fracturas que existen así como la correcta inmovilización que se deben de seguir en cada caso. Cuando nos encontremos con un paciente que ha sufrido algún tipo de fractura, tendremos especial cuidado a la hora de realizar las movilizaciones, y la haremos sin manipular nada, es decir, se

inmovilizará conforme nos la encontremos. Así evitaremos que agravar este tipo de lesiones, y cuando lleguen al centro hospitalario podrán realizarle las pruebas diagnosticas pertinentes.

6 Bibliografía

https://medline.com/AuxiliaresTCAE/photos/tipos-de-fracturas-%C3%B3seas-infograf%C3%ADa-enfermania/2175179242710795/
https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2021/09/i-congreso-de-cuidadoscovid-2/comunicacion-escrita-i-congreso-de-cuidadoscovid-2/FRACTURACADERA.pdf

Capítulo 218

LOS CAMBIOS FÍSICOS DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS QUIRÚRGICOS

MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ

FRANCISCA SORIANO RAMOS

AMPARO MARCHENA MELGAREJO

JULITA MARCHENA MELGAREJO

INES GARCIA CABAÑERO

1 Introducción

El desarrollo tecnológico y científico de la sociedad, y por ende de la sanidad ha permitido que muchos de los pacientes que acceden a los servicios sanitarios acaban necesitando una atención especializada y compleja con un alto coste elevado tanto económico como social.
Dichos pacientes tienen complejas enfermedades que conlleva su ingreso en las unidades de cuidados intensivos donde en muchas ocasiones se cronifican y se lucha por su supervivencia conllevando un cansancio de la persona y un deterioro físico y psicológico añadido
En esta revisión bibliográfica se va a intentar describir los principales factores del paciente crítico crónico. Existe una dicotomía que obliga a debatirse a la sociedad entre el compromiso de superar cualquier enfermedad ante el desarrollo

de la ciencia y por otro lado el hecho de que esta supervivencia debido a su estado de gran dependencia a su salida de estos servicios conlleva una dependencia económica de las instituciones y los recursos familiares.
Los usuarios de estas unidades viven como sus órganos fallan y requieren estancias prolongadas en las mismas. Los ingresos hospitalarios son largos y costosos. Estos pacientes necesitan ventilación mecánica, atención intensa a pie de cama, hemodiálisis etc.… es decir una serie de cuidados especializados de alto coste.
A pesar de ello estas personas pierden casi todas sus facultades físicas y psíquicas en su estancia en estas unidades de intensivos pese a los esfuerzos por mantenerlas. La relación entre su deterioro y el tiempo de estancia es directamente proporcional, aunque se agrava exponencialmente.
Por otra parte, el número de pacientes críticos ha crecido exponencialmente en los inicios de este siglo y supone un desafío mantener su estado bio-psico- social durante la estancia en estas unidades para lograr su reinserción a la sociedad lo más normalizadamente posible.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos de este capítulo, se puede decir que se parte de un objetivo general e incluso universal en la sanidad, más concretamente en las unidades de hospitalización.
El objetivo general:
• Promover el bienestar de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.
Desde este objetivo más general se pueden extraer los más específicos:
• Mostrar los problemas sociales a la salida de las unidades de intensivos.
• Caminar hacia la humanización de estos servicios tan tecnológicos.
• Movilizar promueve una mejoría más rápida del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente al respecto. Se realizó una búsqueda académica en Google de manuales, misceláneas y publicaciones relativas al tema en diferentes páginas web; igualmente, se revisó contenido de revistas y artículos tanto en soporte papel como

digital. y se consultaron artículos en las principales bases de datos sanitarias seleccionando las procedentes de publicaciones académicas revisadas.
El capítulo se se ha centrado en la propuesta metodológica ya comentada. Se incluyeron estudios experimentales, estudios observacionales y de revisión, publicados en revistas indexadas y con disponibilidad de texto completo. Después de la revisión se llevó a cabo una lectura selectiva, utilizando como criterios de inclusión aspectos relacionas con las palabras clave las cuales tienen relevancia sobre el tema.
Palabras clave: Paciente crítico crónico, unidad de cuidados intensivo, deterioro físico.

4 Resultados

El desacondicionamiento sistémico de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos se debe principalmente a la inmovilidad y el reposo prolongado pautado por los facultativos debido al estado que provoca la enfermedad. Los factores que influyen en esto son:
• La enfermedad
• Tiempo de reposo
• Patologias asociadas
• Edad
• Sexo
• Problemas cardiovasculares.
La estancia de un paciente sin ventilación mecánica ronda la media de 6 días en una unidad de intensivos mientras que si se ve sometida a ventilación mecánica la duración de su estancia es de 21 días de media. En base a esto se puede decir que desde el momento que se inmoviliza al paciente en posición horizontal comienzan a producirse cambios en pro de un deterioro de su estado debido a las indicaciones de los facultativos para poder solucionar la patología que lo ha llevado a ingresar en dicha unidad.
Un estado de reposo prolongado provoca una disminución del tono vagal y un aumento de la frecuencia cardiaca con una hipotensión ortostática. La posición horizontal afecta al sistema respiratorio ya que provoca una debilidad muscular que favorece las infecciones. Se ve reducida la capacidad pulmonar de un 25% en adelante.
En el sistema nervioso, se producen alteraciones emocionales graves que tienden al nerviosismo y a la depresión no favoreciendo una recuperación adecuada.

Surgen vectores trasversales paulatinamente que no permiten una recuperación más acelerada.
A nivel osteomuscular, se producen alteraciones en las primeras 30 horas de inmovilización con una debilidad y atrofia que provocan una resistencia a la insulina. En el sistema linfático, se va favoreciendo una acumulación de líquidos principalmente en las extremidades que favorece la aparición de las úlceras por presión. Este sistema es uno de los más afectados por la inmovilización que en un plazo de 6 horas en supinación inmovilizado comienzan las consecuencias negativas para el paciente.
En el sistema digestivo, se produce una pérdida de apetito y una incapacidad para sintetizar las proteínas con lo que los nutrientes no llegan a todas las partes del cuerpo y se produce paulatinamente un estado de anemia. Esto lleva al suplemento de la alimentación ya sea a través de la alimentación enteral o parenteral, aunque pese a los esfuerzos sanitarios no se cubren esas necesidades de nutrientes.
En el sistema urinario la posición supina favorece que la vejiga no se vacié adecuadamente existiendo demasiada orina residual que favorece las infecciones.
Ante estas situaciones que se van generando poco a poco en el cuerpo de los pacientes se hace necesaria una intervención para evitar el desgaste en la medida de las posibilidades que existen y favorecer una recuperación menos traumática.
Se debe intervenir a nivel de fisioterapia para poner al paciente en la posición anatómica más adecuada que en este caso es la fowler o semi-fowler ya que favorece una respiración eupneica. Esto se podrá hacer valorando el estado del paciente.
Con respecto a las movilizaciones, aunque sean pasivas se deben favorecer al igual que los estiramientos ya que protegen en cierta medida el deterioro musculoesquelético y evitan las
úlceras por presión.
Muchos de los pacientes que ingresan en estas unidades reciben ventilación mecánica, es decir, se encuentran intubados sobre todo en los tiempos de la pandemia de la COVID 19. Este tipo de usuarios deben recibir una fisioterapia respiratoria y apoyo a la movilización ya que sus estancias en estas unidades son de varios meses.
En todo momento debemos estimular al paciente, siempre como se ha dicho anteriormente, valorando su estado. Se puede dar conversación, llamarlo por su nombre, estimularle a que intente moverse por lo menos las extremidades superiores.
En caso de encontrarse en coma inducido, se le debe colocar en la posición

anatómica más adecuada con los apoyos de almohadas que favorezcan y eviten el deterioro muscular.
Una movilización temprana y progresiva va a favorecer el destete más temprano y en mejores condiciones de los pacientes conectados a un respirador. Se ha descubierto que la inmovilidad mantenida favorece otras patologías que no benefician al paciente.
Desde este punto de vista, el equipo sanitario de estas unidades promueve la movilización para evitar la atrofia, atelectasias, hipotensión etc… todos los sistemas se ven afectados por esa inmovilización.
En muchas ocasiones, la privación del sueño debido a la actividad continuada de estos servicios repercute negativamente en la recuperación física y psíquica del paciente. En España, se pueden ver numerosos proyectos para promover el sueño en las unidades de hospitalización como el
Proyecto Sueñon.
Antes de terminar, es de vital importancia atender y cubrir las necesidades del paciente y la familia vistos como unidad. Se debe promover la dignidad y el alivio del sufrimiento de la enfermedad que se padece críticamente.
Es importante que la comunicación sea continua, empática, con capacidad de escucha para poder brindar apoyo a la parte psicológica que se ve afectada en estos intermedios de la vida. Desde aquí cubrimos la parte emocional que es muchos casos es el motor de la recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Las patologías que padecen las personas que ingresan en las unidades de cuidados intensivos conlleva un largo proceso de curación que se extiende más alla de las paredes de las unidades de hospitalización.
El coste que supone estas enfermedades a la sociedad, al sistema sanitario, al entorno familiar y al propio paciente es muy elevado.
Con el devenir de los años y los avances tecnológicos, la presencia de este tipo de pacientes en la sociedad cada vez es más numerosa. Por ello se buscan terapias que acorten la estancia y promuevan una mejoría más eficaz y beneficiosas para el paciente.
Se debe tratar de identificar a los posibles candidatos a estas unidades para promover desde la atención primaria una prevención y educación en la salud. Se debe tratar de evitar las enfermedades crónicas como las obesidades que conllevan numerosas enfermedades consigo.

De hecho, se ha estudiado que los índices de masa corporal elevado llevan a los pacientes de covid a las unidades de intensivos antes que otros que padecen otras patologías.
En conclusión, una movilización precoz ya sea pasiva o activa reduce los tiempos de estancia en los recursos sanitarios y en concreto en las unidades de críticos, favorece una pronta recuperación ya que la debilidad muscular no avanza tan rápidamente y el estado de supinación cambia con lo que se reducen problemas como debilidad diafragmática que perjudica el sistema respiratorio entre otros a destacar.
Por último, si se poseen las habilidades sociales y psicológicas adecuadas y se lucha por una formación en este ámbito, los pacientes podrán ser ayudados a canalizar sus emociones y los profesionales sanitarios descubrir en que emociones o sentimientos se debe trabajar con ellos. Así se favorece una pronta recuperación.

6 Bibliografía

• https://es.calameo.com/read/004791146da2b4f146c5b
• https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300239
• Mov.cient.Vol.8 (1): "alteraciones asociadas al desacondicionamiento físico del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo. revisión sistemática" 131-142 issn:
2011-7191. Enero a Diciembre de 2014
• R. Aragonés Manzanares y Pablo de Rojas Román "Atención integral al paciente crítico" año 2017 Editorial Médica Panamericana.
• Evangelina Pérez de la Plaza y Ana Mª Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería"
Mac
Graw Hill año 2017

Capítulo 219

LOS TIPOS DE DRENAJES Y SUS CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN ENFERMERÍA DENTRO DE SUS FUNCIONES EN LA ELIMINACIÓN

MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ

FRANCISCA SORIANO RAMOS

AMPARO MARCHENA MELGAREJO

JULITA MARCHENA MELGAREJO

INES GARCIA CABAÑERO

1 Introducción

Los drenajes se introducen dentro del cuerpo humano ante una cirugía que suele ser traumática para evitar y/o extraer al exterior el líquido que se ha acumulado como consecuencia de una intervención o a causa de una herida.
Esta técnica suele favorecer los procesos de cicatrización y de recuperación de los pacientes que los portan. Los cuidados son responsabilidad del equipo de enfermería del que forma parte el técnico en cuidados de enfermería. Al tratarse, de una sustancia que se elimina, hay que tener claro que todo lo que se elimina por parte del cuerpo son funciones del técnico.
Es cierto, que la inserción es una función de la medicina, pero gracias al trabajo en equipo es posible llevar a cabo esta técnica en la que la insertan los médicos

en los quirófanos, pero su cuidado depende de los equipos enfermeros de los diferentes servicios y niveles de atención.
Al ser un procedimiento quirúrgico, el tipo de drenaje, su magnitud y lugar de inserción se decide en estos servicios, pero el hecho de evitar trasmisión de infecciones, obstrucción de la zona de salida del líquido, cantidad de líquido drenado etc.… depende del personal que se encuentra a cargo del cuidado del paciente. Es un trabajo en cadena en el que cada eslabón es primordial para ofrecer una atención de calidad e integral.

2 Objetivos

En el presente capítulo, se ofrece un objetivo básico del que se pueden deducir otros. El objetivo primordial es:
• Dar a conocer los distintos tipos de drenajes abdominales, su correcta utilización y funcionamiento y cuidados destinados al manejo, control y apoyo en los cuidados.
Como objetivo secundario:
• Detectar las posibles complicaciones que pudieran existir en los cuidados de estos drenajes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y páginas web del ámbito sanitario.
Una vez seleccionada la información que más se ajustó a la temática a desarrollar, se realiza un cribado de datos y contenidos más destacados, mediante un análisis crítico y reflexivo. Se eligen diferentes bases de datos que fueron: Plumed (bases de datos bibliográficos), Medline, Cuiden y Cuidatge.
Palabras clave: Drenaje, cuidados del drenaje, técnico en cuidados de enfermería.

4 Resultados

Dentro de los cuidados de los drenajes, existen unos cuidados generales a la hora de su manipulación de forma general:
• Informar al paciente del proceso que se le va a realizar, los cuidados y recomendaciones mientras tenga el drenaje.

• Valorar el estado de la piel que circunda el catéter o tubo por el que drena líquido y ante cualquier cambio avisar a la enfermera de esos signos que pueden mostrar infección, filtración o hemorragias.
• Manipular siempre el drenaje con las manos higienizadas – lavadas - desinfectadas y con guantes no estériles.
• Apoyar en la una cura diaria de la zona de inserción del sondaje
• Evitar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje.
• Anotar la cantidad de exudado y su apariencia (serosa, serohemático, purulenta, hemática, biliosa y fecaloide).
• Comprobar que no haya desconexiones.
• Tener permeable el sistema.
• En los drenajes de vacío, se debe asegurar que se mantiene el vacío.
• Vaciar el colector cuando sea necesario, una vez vaciado, restablecer el vacío en los casos de los sistemas de vacío como el redón.
• Mantener higiene de las luces del drenaje.
• Comprobar que el orificio del drenaje esté cerrado o taponado adecuadamente.
• Aplicar vendaje compresivo siempre que sea necesario en apoyo a la enfermera.
Los drenajes se pueden dividir:
1. Según su finalidad:
• Profilácticos: Tienen como finalidad evacuar líquidos o gases y evitar su acumulación tras la cirugía, porque si no estos serían un campo de cultivo para microorganismos.
• Preventivos: Al eliminar estos exudados, se previenen complicaciones.
• Terapéuticos: Tratan de eliminar al exterior los exudados nocivos o gases para el paciente que presentaba antes cirugía. También, se pueden administrar sustancias terapéuticas a través de ellos pautadas por los facultativos.
2. Según el mecanismo de actuación:
• Pasivos: Son drenaje que no necesitan aspiración o succión para evacuar los fluidos del organismo, sino que salen al colector o exterior por gravedad o capilaridad. Se utilizan cuando la cantidad de líquido a evacuar es poco abundante y se trata de sustancias líquidas.
• Activos: Son los que se emplean con la técnica de succión para evacuar de forma rápida los fluidos o sólidos según los casos. Estos son más rígidos, de silicona o polivinilo, conectados a sistemas de succión negativos de diversos tipos como el redón, Jackson Prat o el drenaje torácico llamado pleurevac.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el técnico en enfermería posea el conocimiento y la formación para el manejo y cuidados de los drenajes sobre todo si ejerce sus funciones en las unidades de cirugía o de servicios especiales como las unidades de críticos quirúrgicos de los centros hospitalarios.
Una mala ejecución de las actividades en los cuidados puede conllevar problemas de infección para el paciente que se atiende. Por ello el técnico debe estar motivado intrínsecamente para su cuidado y se le debe motivar extrínsecamente. El cuidado de los drenajes es función del equipo de enfermería dentro del cual se encuentra el técnico en enfermería que debe eliminar todo el exudado que se encuentra dentro de los colectores y vigilar cualquier cambio de la piel colindante o del líquido para informar a la enfermera y anotarlo en los registros oportunos para evitar complicaciones posteriores.

6 Bibliografía

• Berman A, Snyder S.J.,Kocier B, Erb G, Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y prácticas 8ª ed. Pearson.
• Lopez Soto R.M Procedimiento de curas abdominales. Rol de enfermería volumen 32.
• https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/07/tipos-de-drenajes-quirurgicos.html
• García, M. A. G., Hernández, V. H., Arroyo, R. M., & González, R. R. (2005). Enfermería de quirófano. DAE (Difusión Avances de Enfermería).
• Noble, K. A. (2003). Reconocer cada sonda o tubo de drenaje. Nursing (Ed. española),
21(8), 8-14.
• Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería;
Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 220

LOS CUIDADOS DE LA BOCA EN UN PACIENTE INTUBADO

MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ

FRANCISCA SORIANO RAMOS

AMPARO MARCHENA MELGAREJO

JULITA MARCHENA MELGAREJO

INES GARCIA CABAÑERO

1 Introducción

La salud bucal es una de las necesidades que presenta el paciente al ser ingresado sobre todo en las unidades especiales como es la de intensivos o críticos. Es una necesidad en la que el técnico en cuidados auxiliares tiene plena responsabilidad y forma parte de sus funciones propias.

El paciente intubado e inconsciente es uno de los más complejos que nos encontramos en los centros hospitalarios. Estos pacientes se encuentran principalmente en las unidades de críticos y de intensivos.

Existen múltiples causas por las que estos pacientes resultan tan complicados y los cuidados de la boca pasan a ser una necesidad básica que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en base a los siguientes criterios:
• Nivel de consciencia
• Frecuencia respiratoria

• Dificultad para expulsar las secreciones.
• Paciente inestable a nivel vascular
• Agitación no controlada.
• Hipoxemia grave.
Desde el momento en el que se decide la intubación, comienzan a plantearse los cuidados de la boca que forman parte de las funciones del equipo de enfermería. El cuidado de la boca es uno de los cuidados menores que no repara atención del cuidado pero que es necesaria. En muchas ocasiones la boca no resulta agradable dentro de los cuidados que se practican al paciente.
Pero la realidad es que la boca precisa una atención especial ya que puede provocar unas problemas a posteriori como dificultades del habla, prolemas de deglución o infecciones.
Debido a estos los cuidados bucales deben tener una especial importancia.

2 Objetivos

A la hora de plantearse los fines a conseguir con este capítulo, se define un objetivo general que es el siguiente:
• Proporcionar y fomentar el bienestar del paciente favoreciendo los cuidados bucales. En base a este objetivo general, se pueden desglosar otra serie de objetivos específicos:
• Mantener una limpieza apropiada en la cavidad oral, evitar caries, sequedad y malos olores evitando infecciones.
• Valorar la autonomía.
• Promover el autocuidado.
• Proteger la vía aérea de posibles infecciones.
• Proteger la cavidad bucal de heridas e infecciones.

3 Metodología

Para la elaboración 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.
Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2005 y de idioma distinto al castellano.
Palabras clave: paciente intubado, cuidados de la boca y unidad de críticos.

4 Resultados

La salud bucal ayuda al paciente a tener cubiertas sus necesidades básicas de higiene, normalmente en los pacientes inconscientes e intubados es una necesidad que cubre el personal sanitario.
Realizando una adecuada higiene bucal se evitan caries, infecciones ya que se elimina la placa bacteriana y resto de alimentos , evita la halitosis, grietas o la sequedad de boca. Se añade que el paciente adquiere una sensación de confort y bienestar junto a la prevención de infecciones tanto bucales como respiratorias.
Se considera que la saliva es un potente desinfectante frente a las infecciones de hay la importancia de la hidratación bucal que facilita la prevención de infecciones.
Existen diferentes maneras o técnicas del lavado bucal en base al tipo de paciente que está ingresado y la patología que padece unido a su fisiología según se den unas circunstancias u otras, se optará por la intervención adecuada. Dentro del tipo de pacientes que se encuentra con la necesidad de realizar la higiene bucal podemos discriminar las siguientes:
• Consciente
• Inconsciente
• Intubado
• Con dentadura postiza
En el presente capítulo nos centramos en los pacientes intubados e inconscientes que suelen ingresar en las unidades de hospitalización de críticos e intensivos.
Los pacientes intubados tienen una alta incidencia de neumonía por lo que los cuidados bucales adquieren una alta importancia para prevenir este tipo de enfermedades de hecho existen proyectos para ello como el de neumonía Zero que se aplica en los servicios de intensivos de forma regular.

Este proyecto consiste en la limpieza bucal con un antiséptico bucal y la aplicación de una pasta
(descontaminación orofaríngea selectiva) en la cavidad bucal que previene las infecciones. Dicha pasta tienen componentes antibióticos.
El mantenimiento de la higiene bucal es fundamental en los pacientes intubados para evitar futuras complicaciones ya comentadas anteriormente. Se buscará una solución antiséptica bucal, se pueden cepillar los dientes y se suele conectar el sistema de aspiración para succionar el líquido.

A la hora de desarrollar un procedimiento de atención bucal se debe partir desde el proceso de atención de enfermería (PAE) en base a sus etapas.

Se hace necesaria la hidratación de los labios con vaselina para evitar roces o grietas y úlceras por causas del tubo. Esto se debe realizar una vez por turno y si fuese necesario se cambiarán las cintas de sujección del tubo.
En algunas ocasiones el paciente padece xerostomía que es la disminución de secreción de saliva que se ha mencionado que protege de infecciones.
El paciente intubado está conectado respirador por una serie de tubo que reciben el nombre de filtros y tubuladuras. Los filtros favorecen la humedad adecuada y protegen de las infecciones mientras que las tubuladuras proporcionan el aire necesario para que los pulmones ventilen. Estos objetos deben cambiarse con regularidad para evitar infecciones.
Con respecto al tubo endotraqueal se debe mantener la higiene adecuada exterior para evitar las infecciones. Dentro del proceso de atención es una las necesidades a cubrir. Esto entra dentro del proyecto de la neumonia Zero que se ha implantado en las unidades de intensivos de España.
Los pacientes intubados tienen determinados factores por su estado patológicos que favorecen la colonización bacteriana:
• El paciente se encuentra en una situación de inmunosupresión coon pobre salud oral y sequedad de la cavidad.
• La cavidad bucal tiene una reducción del volumen de saliva, disminución del PH por lo que se facilita la colonización.
• Dentro del hospital se favorece el cuidado de la cavidad bucal dentro de los protocolos establecidos.
El procedimiento para el cuidado de la boca del paciente inconsciente e intubado es el siguiente:
• Se lavan las manos
• Se colocan los guantes.
• Ladear la cabeza si la patología lo tolera.
• Humedecer una torunda en solución antiséptica lavando la cavidad bucal (lengua, encías, dientes…)
• Las secreciones pegadas se debe untar de vaselina líquida porque se facilita su retirada y evita úlceras.
• Se cambia de torundas las veces que sean necesario.
• Mantener la boca abierta con un depresor o unas pinzas para facilitar el acceso si fuese necesario se utiliza una jeringa con antiséptico a la vez que se aspira.
• La higiene bucal incluye los labios y las zonas anexas.
• Se debe secar la zona externa para evitar heridas
• Se aplica vaselina.
• Se retira el material empleado en los lugares indicados

• Se retiran los guantes

5 Discusión-Conclusión

Una higiene oral completa disminuye la incidencia de infecciones y proporciona el bienestar y el confort del paciente crítico que evita problemas orales. Se propone un protocolo en cada servicio para cubrir las necesidades del cuidado bucal en estas personas ingresadas y minimizar el riesgo de aparición de problemas asociados.

En muchas ocasiones, las infecciones bucales conllevan la pérdidas de piezas dentales muchas veces asociadas a la intubación pero se debe a una mala higiene dental.

Con el cuidado adecuado se minimizan los riesgos de infecciones bucales y respiratorias como es la neumonía.

En algunas ocasiones y en algunos centros hospitalarios se puede introducir la figura del higienista dental para descargar el trabajo del equipo de enfermería, de tal manera que la higiene bucal sea realizada por un profesional adecuado.

El cuidado debe realizarse al ingreso y una vez por turno según marquen los protocolos de la unidad. Esto incluye la aspiración orofaríngea y la hidratación de los labios.

Los cuidados bucales adecuados por parte de los equipos de enfermería de intensivos a los pacientes intubados con ventilación mecánica hace reducir los porcentajes de neumonías.

Se promueve el trabajo de educación de la familia y el paciente visto como una unidad para prevenir problemas posteriores.

Toda intervención en el área de la salud va encaminada a la prevención de enfermedades que reducen el gasto sanitario y mejoran la calidad de vida del paciente. De esta manera estamos reduciendo el número de ingreso en los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

• https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeros-paciente-intubado/

• Enfermería de Urgencias: Técnicas y Procedimientos. Jean A. Proehl. Editorial Elsevier. España. 2005.

• https://es.gsk.com/es-es/innovacion-responsable/salud-a-tu-alcance/8-consejos-para-
mantener-una-buena-higiene-bucal/
• https://es.slideshare.net/Sdesalud/higiene-bucal-para-ancianos-e-inmovilizados
• Laura Martínez Olivares ”el auxilar de enfermería en servicios especiales: UCI, urgencias, quirófano y diálisis. Logoss 6ª edición (tema 1)

Capítulo 221

FUNCIONES Y ACTUACIONES DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Nos referimos a una urgencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la aparición de un problema de salud de gravedad variable que genera la conciencia de necesidad apremiante de atención por parte del sujeto afectado, o familiares. Según la OMS, urgencia también puede ser definida como la patología con una evolución lenta y que no tiene porque ser mortal, pero debe ser atendida en seis horas como máximo para evitar complicaciones mayores

Las urgencias pediatras son un servicio sanitario que se ofrece a pacientes comprendidos entre los 0 a los 16 años, dando una asistencia sanitaria adaptada a las necesidades específicas que se requieren durante estas edades y con un equipo especializado en enfermedades que suelen ocurrir durante estas edades.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), junto con el personal sanitario (Pediatras, Enfermeros, etc.) y el personal no sanitario (Celadores, etc.) se encargan de atender en los servicios de urgencias a los pacientes pediátricos que acuden al centro de salud u hospital, hasta que ingresen o sean dados de alta. Las funciones del TCAE son variadas (ayudar a vestirse y desvestirse, ayudar a los Enfermeros, reponer el material, tomar la temperatura, etc.), dependiendo del estado del paciente y de la edad.

2 Objetivos

- Conocer las urgencias pediátricas más habituales o frecuentes.
- Conocer las funciones básicas del TCAE en el servicio de urgencias pediátricas.

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo, se ha realizado con una investigación que ha consistido 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 precedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las urgencias pediátricas más habituales o frecuentes son:
• Paro cardiaco
• Shock
• Traumatismos leves y graves
• Quemaduras
• Ahogamiento en piscinas, playas…
• Asfixia
• Anafilaxia
• Electrocución
• Síndrome de malos tratos
• Intoxicaciones graves
• Obstrucción Vía Aérea
• Insuficiencia Respiratoria
• Sincope
• Mareos
• Alteración del nivel de conciencia.
• Alta temperatura corporal
• Convulsiones
Las funciones y actuaciones básicas del Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería en las urgencias pediátricas son:
• Identificar al paciente pediátrico.

• Ayudar a acomodarse y prepararlo para que le realicen las exploraciones, procedimientos o tratamientos que necesite.
• Ayudar a que el niñ@ se encuentre más cómodo y tranquilo.
• Colaborar con Enfermería en la toma de constantes vitales (tomar la temperatura, medir la saturación de Oxigeno, pesar, etc.) y ayudar al médico en las técnicas y procedimientos en los que la necesite.
• Recoger las muestras de orina, vomito, heces, etc. Siguiendo las órdenes médicas, apuntando y valorando las muestras.
• Poner el material necesario para que el Médico y el Enfermero puedan realizar sus funciones y una vez terminado el uso, se encarga de la limpieza y en el caso de ser necesario, preparar el material para la esterilización.
• Reponer el material que se esté terminado teniendo en cuenta el uso que se suele tener ese material y mantenerlo ordenado y comprobar que todo el material este en correcto para así evitar utilizar material caducado que pueda ser dañino.
• Si el paciente pediátrico va a ser ingresado o dado de alta se debe ayudar al paciente pediátrico si lo requiere y quitando el material que haya utilizado, dejando el box preparado para su desinfección/limpieza, y prepararlo para el uso de otro paciente.

5 Discusión-Conclusión

En las urgencias pediátricas se presta una atención sanitaria dirigida a pacientes entre 0 a 16 años centrándose en los diferentes problemas de salud que se puedan generar durante los primeros años de vida y el desarrollo hasta llegar a tener el cuerpo desarrollado.
Es muy importante el trabajo en equipo en el servicio de urgencias pediátricas para que funcione todo correctamente, en especial la función de los TCAE que se encargan, entre otras tareas, que haya suficiente material, ayudar tanto al médico como al enfermero, ayudar a que el paciente pediátrico se sienta más cómodo en un entorno desconocido como es el hospital, recoger la información de las constantes vitales, etc.

6 Bibliografía

1. Pérez de la Plaza, E. y Fernández Espinosa, A. Mª. (2017). Técnicas básicas de enfermería. McGrawHill
2. Domínguez Ortega, G. (2008). Manual de urgencias pediátricas. Ergon

3. Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. (2018). Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición. Elsevier

Capítulo 222

FACTORES DE RIESGO, CODIGO ICTUS. FUNCIONES DEL TCAE

BETHSABÉ DIAZ FIDALGO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "las enfermedades cerebrovasculares son enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro por obstrucciones de depósitos de grasa o coágulos de sangre en sus paredes. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales" 1.
El ictus es una urgencia médica y como tal hay que darle una respuesta inmediata. La rapidez con la que se actué una vez observados los signos y síntomas, aumentará el tanto por ciento de éxito en su recuperación así como minimizará la discapacidad que haya causado ésta enfermedad.
Código Ictus es una serie de procesos y actuaciones prehospitalarias de todo personal sanitario que se pone en marcha al reconocer ésta afección en un individuo, con el cuidado y traslado al servicio de urgencia referente para que se le dé el tratamiento especializado pertinente a éste paciente.. Una actuación rápida, así como reconocer los signos y síntomas asegurará un tratamiento positivo.
Este tiempo mínimo de respuesta es verdaderamente importante, el ictus ó AVC (accidente cerebrovascular) es una urgencia médica y precisa de una respuesta rápida, ya que se habla de una enfermedad aguda que daña al cerebro y puede implicar a otras funciones del cuerpo humano (sensitivas, motoras, cognitivas…), cada minuto que pasa, aumenta consecuencias negativas.
El ictus también se puede denominar derrame cerebral, embolia, trombosis, infarto cerebral y apoplejía.

Unos cuidados dirigidos a una estimulación prematura del paciente una vez esté estable y en planta, favorecerá la recuperación y reducirá los daños tras la inmovilización.

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo y manifestaciones del Accidente Vascular Cerebral (AVC).
Definir las funciones particulares del TCAE cuando un Código Ictus se da en el servicio de urgencias para obrar de forma organizada con el resto de personal sanitario y asegurar una atención plena y eficaz.

3 Metodología

Para la realización de éste trabajo se ha hecho una búsqueda exhaustiva en literatura científica existente. Se ha investigado en artículos ya existentes en las bases de datos mas importantes como scielo y Medline, así como en programas específicos y la Fundación del Ictus.
Palabras clave: Ictus, Acv, hemorragia intracraneal, cuidados de enfermería, tcae, código Ictus.

4 Resultados

Un AVC es una alteración súbita vascular de la circulación de la sangre al cerebro. También llamado ICTUS, INFARTO CEREBRAL O EMBOLIA. La interrupción de la corriente sanguínea puede ser por el taponamiento (obstrucción) o la rotura (hemorragia) de una arteria cerebral, por lo que se distinguen 2 tipos de AVC ó Ictus:
- Ictus isquémico: producido por la disminución ó obstrucción del aporte sanguíneo al cerebro. Se clasifica a su vez en:
- Ataque Isquémico Transitorio (AIT): Obstrucción leve del conducto sanguíneo. Transitorio. Autolimitante. Duración corta (minutos o pocas horas) y sin evidencia de infarto en las pruebas de imagen.
-Infarto cerebral. Obstrucción total del vaso sanguíneo con la consiguiente necrosis celular (definitiva) y con claras evidencias en pruebas de imagen.
- Ictus hemorrágico: causado por aumento de presión y aporte sanguíneo en vaso coagulado con la consiguiente rotura y hemorragia cerebral. Se producen con

menor frecuencia pero con tasa mayor de mortalidad. A su vez podemos distinguirlo entre:
-Hemorragia Intracerebral: Causada por hipertensión
-Hemorragia subaracnoidea: Tiene como causa los aneurismas y las malformaciones arteriovenosas.
Se distinguen diferentes factores que potencian la aparición del ICTUS, también denominados factores de riesgo, entre los que se encuentran la presión sanguínea elevada, enfermedad de la arteria carótida (las arterias carótidas del cuello proveen al corazón de sangre. Una carótida dañada por la aterosclerosis puede bloquear el vaso y provocar un coágulo de sangre, que puede causar un ictus), herencia familiar y raza (personas de raza negra tienen más riesgo, en parte debido a que en ellos la presión sanguínea elevada tiene más incidencia), haber sufrido un ictus previo, fumar, DM (Se relaciona en gran medida con la presión sanguínea elevada), enfermedad cardiaca, aumento de glóbulos rojos, alcohol, drogas, evitar el estrés, la estación del año y el clima (ocurren con más frecuencia con temperaturas extremadamente frías o calurosas).
Los síntomas aparecen de forma brusca o en pocos minutos (raramente en horas). Según el área del cerebro que se vea afectada, puede haber diferentes síntomas. Los principales signos de alarma con inicio brusco según la Sociedad Española de Neurología son la pérdida de fuerza (plejía) en extremidades y/o cara, perdida de sensibilidad, sensación de ”acorchamiento u hormigueo” de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, pérdida repentina de visión, parcial o total, en uno o ambos ojos. Afasia, disartria, dolor de cabeza súbito, de intensidad inhabitual y sin causa aparente. Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, caídas bruscas sin explicación aparente acompañado de cualquiera de los síntomas anteriores.
Cuando un código ictus se activa en el servicio de urgencias, todo el personal sanitario sito en dicho servicio, tiene que actuar de forma planificada y organizada. Los cuidados en ésta fase precisa de una intervención multidisciplinar bajo un procedimiento de actuación planificado. El tcae ante ésta situación tiene entre sus funciones:
- Apoyar a enfermería en la realización del protocolo (control de constantes vitales, canalizar vía y analítica, ECG, apoyar al neurólogo).
- Acomodar, preparar y acompañar al paciente. Retirar prótesis si se precisa.
- Apoyo en el tratamiento quirúrgico si se precisara (material,...)
- Solicitar al archivo historia clínica.
- Identificar al familiar responsable para firmar en caso necesario, el consentimiento informado.
- Contactar con laboratorio para advertir de la celeridad de disponer de las prue-

bas de los volantes señalados como “código ictus”.
- Controlar la llegada de los resultados en máximo 20 minutos.

Cuando el paciente esté estabilizado en la unidad hospitalaria y tras el tratamiento de emergencia se planificará rehabilitación, cuidados y movilizaciones con el objetivo de superar las posibles discapacidades causadas por el accidente cerebrovascular. El papel de tcae en dicha unidad es importante dada la cercanía de su labor con el paciente y su familia. Está dirigido a estimular e introducir a ambas partes en el proceso de aprendizaje de la patología, fomentando la autonomía personal y cuidados según está registrado en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que entró en vigor el 1 de Enero de 2007 y regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. Entre otras:

- Vigilar la disfagia, tras el test de deglución, ya que es uno de los trastornos mas importantes del AVC.
- Prevenir lesiones en la piel por el tiempo de inmovilización y favorecer la recuperación fomentando la autonomía.
- Prevenir lesiones tanto en la piel como resto de cuerpo con una correcta alienación postural (no traccionar extremidad hemipléjica, evitar pie equino por el peso de manta/sabana,…).
- Vigilar no instaurar sueros ni extracciones en zona afectada si no es totalmente necesario.
- Educar en la correcta movilización, proporcionar atención básica (higiene, alimentación, observar cambios en el estado de salud, proporcionar estímulo y apoyo emocional…)
- Fomentar dieta saludable y ejercicios bajo la supervisión de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Conocer los factores de riesgo así como las manifestaciones clínicas del accidente vascular cerebral es de vital importancia tanto por el personal sanitario como población en general, recordando la frase “el tiempo es cerebro”. El código ictus especificará las pruebas diagnosticas a realizar, reflejará el tratamiento y definirá los cuidados.

El equipo sanitario bien organizado (enfermería, tcae, facultativo, neurólogo, fisioterapeuta…) fomentará y velará por la rehabilitación posterior al ataque cerebral con el objetivo que el paciente vuelva a ser lo mas independiente posible y con calidad de vida.

Prevenir un nuevo accidente cerebrovascular también es vital, ya que, como se ha explicado, tener uno aumenta el peligro de sufrir otro. La prevención puede englobar cambios en un estilo de vida saludable (dieta sana, actividad física, medicamentos), así como una buena educación sanitaria tanto para el paciente como para su entorno.

6 Bibliografía

1.Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares. (Internet) (Citado Mayo 2017) Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
2.Codigo ICTUS Asturias. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Programa de atención interdisciplinar.(Internet) (Citado Marz 2019) Disponible en: https://www.ispasturias.es/wp-content/uploads/2021/09/2019-Codigo-ICTUS-ASTURIAS.pdf
3.Fundación ICTUS. (Internet). Disponible en: https://www.fundacioictus.com/es/todo-sobre-ictus/que-es
4.Logros y retos en la atención del ictus en España: desde la estrategia del sistema nacional de salud al plan de acción europeo 2018-2030 (Internet) (Citado Jul. 2022). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100197&lng=es&nrm=iso
5. Accidente cerebrovascular. (Internet). Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/stroke.html#::text=Un%20accidente%20cerebrovascular%20o%20ataque,permanente%20e%20incluso%20la%20muerte.

Capítulo 223

CÓMO REALIZAR UNA EVALUCION INICIAL DEL PACIENTE

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

CINTIA DEL HOYO DELGADO

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

ROCIO ARAQUE JUAREZ

TERESA TRUJILLO GARCIA

1 Introducción

Cuando observamos un accidente y se acude a prestar ayuda o se encuentra a alguien inconsciente, o simplemente alguien esté pidiendo ayuda , el primer impuso es acudir al lugar, pero para ello se deben tener conocimientos básicos de primeros auxilios, ya que puede ser mayor el grado de perjuicio que se le ocasione a ese paciente que la ayuda que se le puede brindar. Siempre hay que auxiliar, pero se debe buscar la ayuda de algún profesional o a través del 112.
Si se tienen conocimientos se empezará a actuar, y si no se tienen se seguirán las instrucciones del personal sanitario que orientarán en todos los pasos a realizar.
A primera vista puede parecer fácil, estamos acostumbrados a ver este tipo de situaciones en las películas. En primer lugar, se debe hacer una valoración inicial de la víctima, para saber el grado de magnitud de las lesiones, si su estado es grave o no, si precisa atención urgente o puede esperar, etc. El primer contacto con el paciente es crucial, ya que supone una gran oportunidad para detectar

problemas que han podido pasar desapercibidos a las personas que han evaluado a ese paciente con anterioridad.
Hay ocasiones donde una persona aparentemente se encuentra estable y bien, pero tras realizarle una valoración, se observa que su estado es grave y viceversa. En una primera fase se intentará hacer una correcta valoración in situ, así como de las lesiones que presente y puedan llegar a comprometer su vida, para, en una segunda fase, proceder a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado de las lesiones no vitales.

2 Objetivos

• Aprender a realizar una correcta valoración inicial del paciente.

• Conocer los pasos o el método ABCDE para realizar una valoración del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La evaluación del paciente ha de ser todo lo completo que sea posible ya que una buena documentación del estado inicial, puede ser de gran ayuda en el futuro para poder comparar la situación del paciente en ese momento con respecto a su ingreso.
Para asegurarse de que se realizan y analizan todas las constantes vitales se sigue el sistema ABCDE:

• A: O Airway (vía aérea). Se intenta asegurar la permeabilidad de la vía aérea para permitir la entrada del aire a los pulmones. Primero se observa su nivel de consciencia, si habla, chilla… lo que indica que la vía se encuentra abierta. Si no contesta se abrirá la boca y se retirarán prótesis u objetos extraños con el dedo índice en forma de gancho, realizar la operación frente-mentón para ayudar a

abrir la vía aérea y aflojar prendas que pueden dificultar la respiración o circulación como cinturones, pantalones, pañuelos…

• B: Brething (Respiración). Se realizará mediante la observación del movimiento torácico, escuchando y sintiendo la salida del aire. Es bueno anotar la frecuencia respiratoria en un minuto y si la expansión torácica es simétrica o no. Si no existiera respiración se procedería a la respiración artificial con la maniobra boca-boca, boca-nariz, boca a boca-nariz o boca o estima según sea el caso del paciente.

• C: Circulación (Circulación sanguínea). Con las vías aéreas abiertas se palpa el pulso durante 10 segundos ,colocando el dedo índice o corazón en la arteria carótida, si fuera un bebé o persona obesa se toma en la humeral. Si tiene pulso, pero no respiración, se continuará con la ventilación artificial, Pero si no tiene respiración ni pulso ,se iniciará la RCP. Se deben observar asimismo la posible presencia de hemorragias.

• D: Disability (Discapacidad física o neurológica). Se examinan las pupilas, viendo si son simétricas o reaccionan a la luz y si se valora el estado de consciencia donde A Es que está consciente y responde a estímulos, I está inconsciente, pero responde a estímulos verbales o cuidas, II No responde a ruidos, pero sí al dolor y 3 no responden a ningún estímulo.

• E: Exposure (Exposición del paciente). Se toma temperatura si es posible, se buscan posibles, hematomas, heridas, ulceras, etc.

En una valoración secundaria se hará un examen neurológico básico y siempre después de haber asegurado las constantes vitales del paciente, donde se seguirá evaluando el nivel de consciencia, movilidad, orientación y el estado de sus pupilas. Se volverá a observar tanto su frecuencia respiratoria como el ritmo de la respiración, para a continuación tomar el pulso, Anotándose la frecuencia y el ritmo, sobre todo. Se observará el estado y el color tanto de las mucosas del paciente como de la piel. Se tomará la temperatura, se explorará la cabeza, cara y cuello en busca de lesiones, sangrado, fracturas, heridas…, el estado del tórax, abdomen, pelvis o extremidades.
Si la víctima está consciente se le preguntará por lo ocurrido, si tienen alguna patología, alergia o enfermedad, si toma algún medicamento o cualquier cosa que pueda ser importante.
Si no estuviera consciente se procederá a recabar toda la información posible sobre lo ocurrido a través de los testigos.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento definitivo de un paciente, se llevará a cabo en el centro sanitario más adecuado a la patología que presente.

Una vez realizada la evaluación inicial y mientras se atiende a la víctima o se prepara a realizar el traslado de éste, es conveniente mantener al paciente en la posición más beneficie a su estado de salud. Conviene destacar que bajo ninguna circunstancia se procederá a movilizar a una víctima si se sospecha de una lesión en la columna vertebral, hasta la llegada de los servicios sanitarios.

Aparte de esto, es conveniente buscar entre las pertenencias del paciente algún distintivo médico como tarjeta de información, brazalete, collar de alerta médica… ya que puede informar de alguna patología sobre como si sufre diabetes, hemofilia, si toma algún medicamento, si es donante de órganos, o su grupo sanguíneo. Cualquier información que se pueda obtener siempre es beneficiosa.

6 Bibliografía

- www.revista-portalesmedicos.com
- Actuación básica en emergencias. Editorial Altaban.
- www.portal.guiasalud.es

Capítulo 224

CÓMO ACTUAR ANTE DIFERENTES TIPOS DE INTOXICACIONES.

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

CINTIA DEL HOYO DELGADO

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

ROCIO ARAQUE JUAREZ

TERESA TRUJILLO GARCIA

1 Introducción

Hay infinidad de causantes de una intoxicación. En España, en el año, 1996 y con datos del Instituto de Consumo, el 50% de las intoxicaciones se produjeron en personas menores de 24 años, correspondiendo, por orden de frecuencia, en primer lugar, a medicamentos y productos de limpieza, seguidas de intoxicaciones por plantas, veneno de animales, drogas, alimentos y productos de aseo, higiene y limpieza. En 2019 las intoxicaciones agudas fueron el 1,2% de las consultas de urgencias, elevando la edad media a los 44 años. Las drogas fueron la intoxicación más frecuente, seguidas del policonsumo y los medicamentos.
Según estudios realizados en los últimos años la mayoría de las intoxicaciones en mujeres con la edad media de 45 años se produce en el ámbito doméstico, seguidas por accidentes laborales y las tentativas de suicidio. La vía de entrada más frecuente fue la respiratoria, seguida de la digestiva y de la ocular.

En 1999 se establecería el Sistema Estatal de Toxicovigilancia (SETu) servicio que incluye a 32 servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos de España. El objetivo es detectar los principales problemas de salud relacionados con la exposición a sustancias y preparados químicos peligrosos, que permiten instaurar medidas preventivas institucionales. Con este fin, el SETV pretende mantener una información actualizada de las intoxicaciones producidas por agentes químicos que son atendidas en los servicios de Urgencias y UCI.
El grado de intoxicación depende de muchos factores como la edad, el peso del paciente, tolerancia.. y no dependería tanto la cantidad de veneno o tóxico ingerido. La mayoría de las intoxicaciones son imprevistas y consecuencia de un accidente, pero se requiere de una actuación rápida para poder salvar la vida del afectado. Si se sospecha de una intoxicación, no se debe esperar a la aparición de los síntomas, si no actuar y tomar medidas de forma inmediata.

2 Objetivos

• Definir el significado de intoxicación.
• Conocer cuáles son las causas y los tipos de intoxicación más frecuentes.
• Aprender a proceder de manera rápida y eficaz frente a algunos tipos de intoxicaciones.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo, se ha llevado a cabo una exhaustiva investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
También se ha realizado una búsqueda sistemática de los libros, así como también se han consultado artículos en diversas bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Por último se han consultado libros preparatorios del grado medio de TCAE y de preparación de diversas oposiciones.

4 Resultados

Una intoxicación es toda alteración del fundamento normal del organismo, producida por la entrada de un tóxico en el mismo.

Tóxico es todo producto que una vez dentro del organismo, es capaz de producir una alteración nociva de las funciones vitales. Casi cualquier producto tomado en exceso puedo resultar tóxica para el organismo.
Según la vía de entrada del tóxico en el organismo, se habla de diversos tipos de intoxicaciones.
• Vía digestiva. Puede darse por vía bucal y/o anal. Se refiere tanto a productos tóxicas como alimentos contaminados o en mal estado, a un exceso en lo ingesta de medicamentos, alcohol, drogas o ingesta de productos químicos. Para su tratamiento se debe limpiar los labios e interior de la boca con un paño mojado en agua fresca, lavar las partes del cuerpo que hayan estado en contacto con el tóxico. Si fuera provocado por ácidos o corrosivos se recomienda no provocar el vómito e intentar neutralizar el ácido.
• Vía inhalatoria. Se produce por la inhalación de gases tóxicos sustancias volátiles, aerosoles o por la inhalación de ciertas drogas. Para neutralizarlo conviene hacer tomar aire fresco a la víctima y alejarla del tóxico.
• A través de la piel y las mucosas. Se suele producir por la absorción a través de la piel de mordeduras de animales, picaduras de insectos, al manipular plantas venenosas o químicos sin protección, por el mal uso de pesticidas o insecticidas o a través de mucosas como la cocaína. La medida fundamental lavar la piel o la mucosa, de manera meticulosa con abundante agua, durante al menos 30 minutos. Si la exposición corporal fuera extensa, se debe duchar y lavar el pelo de la persona afectada, limpiar bien debajo de las vías e irrigar de suero los ojos y las mucosas.
• Vía endovenosa. cuando el tóxico pasa directamente al sistema circulatorio por sobredosis de medicamentos y drogas. Generalmente requiere de tratamiento médico urgente.
Existen síntomas, que pueden hacer sospechar de la posible intoxicación cómo son: La decoloración de los labios y la boca, dolor o sensación de quemazón en la garganta, vómitos, náuseas, dolor de estómago, malestar general, diarrea, inconsciencia, confusión mental, escalofríos, sudores, trastornos nerviosos como vértigos, síncopes o delirios. Etc.
Si la persona está inconsciente o con mucho sueño, tiene, dificultad para respirar, o ha dejado de hacerlo, está nerviosa, agitada, sufre de convulsiones o se sabe que tiene una sobredosis segura, se debe llamar de inmediato al 112.
Hasta la llegada de la ayuda sanitaria se debe recabar toda la información posible como la edad, peso del paciente, enfermedades, que padece, medicamentos prescritos, tipo de tóxico ingerido o aplicado, cantidad, hora. Se deben buscar envases o frascos varios que puedan servir de orientación sobre el sucedido.

Así mismo, se debe observar en todo momento la respiración y pulso de la víctima y procederá a realizar la RCP en caso necesario. Si la víctima está consciente se le colocará en posición lateral de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Ante las intoxicaciones se debe actuar de manera rápida, Es por ello que no se debe quitar las etiquetas de los productos químicos que se usen, tanto de higiene personal, como de limpieza, medicamentos… toda sustancia que pueda representar un peligro para la salud debe conservar la etiqueta y defensa activa por varios motivos. Una de ellas es para no confundir su contenido con cualquier otro producto y la principal es porque en ella aparece un teléfono de contacto donde explicarán la forma de proceder ante ese tóxico determinado.
Se debe mantener toda sustancia que pueda originar una intoxicación fuera del alcance de los niños, no guardarlos junto a los alimentos, no dar medicinas en la oscuridad, no guardar las etiquetas correspondientes, leer éstas antes de usarlos, no mezclar productos… estas sencillas medidas ayudan a evitar accidentes e intoxicaciones.

6 Bibliografía

- Actuación básica en emergencias. Editorial Altaban.
- www.mayoclinic.org
- www.webconsultas.com
- Urgencias por intoxicaciones. Editorial Formación Alcalá S.L

Capítulo 225

QUE SON LAS CONVULSIONES .CAUSAS Y ACTUACIÓN.

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

CINTIA DEL HOYO DELGADO

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

ROCIO ARAQUE JUAREZ

TERESA TRUJILLO GARCIA

1 Introducción

Las crisis denominadas convulsivas son una de las principales visitas al servicio de Urgencias neurológicas de un hospital. Es preciso actuar de la mejor manera y lo más rápido posible para evitar posibles daños neurológicos o incluso el fallecimiento de la persona. El primer objetivo de enfermería es mejorar la propia actuación del personal sanitario ante una persona que convulsiona, para que puede llegar a reconocer la crisis, distinguir los tipos de que hay y poner en práctica los procedimientos, adecuados para evitar lesiones y efectos secundarios que agraven su estado.

El cerebro es un órgano muy complejo del cuerpo humano e interviene en todas las actividades que una persona realiza. No sólo sirve para hablar, razonar, calcular, o pesar, sino que interviene en otro tipo de actividades tan básicas como caminar, respirar, soñar, llorar, reír… Pero el cerebro, como cualquier otro órgano del cuerpo puede enfermar y tener un mal funcionamiento por muchas causas,

provocando una forma anormal, de actuar en el propio cuerpo. Una de éstas alteraciones se conoce como las convulsiones.
Existen muchos tipos de convulsiones donde una crisis puede afectar a todo el cuerpo o verse afectado sólo una parte de él como pueden ser un brazo, las piernas. Unos episodios pueden tener una escasa duración de segundos, pero por otras pueden alargase en el tiempo, aumentado con ello también la posibilidad de sufrir lesiones.

2 Objetivos

• Aprender el concepto de convulsión y epilepsia. Principales diferencias.

• Conocer cuáles con los principales tipos de convulsiones clasificadas.

• Consejos para actuar de manera rápida y eficaz ante un episodio de convulsión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El concepto de convulsión tiene su origen en las palabras “convulsio” y “convellere” que significa “juntar”. Las convulsiones son causadas por descargas que aparecen de manera repentina, aleatoria y excesiva que ocurren a la vez de forma anormal en un grupo de neuronas del cerebro denominado como “foco”.
La epilepsia proviene del griego epilambaneim que significa “coger por sorpresa”. Su origen está en una enfermedad neurológica y son convulsiones que se repiten con inicio en un proceso crónico.
Las convulsiones debidas a traumatismos o lo que se pueden corregir o evitar, causadas por la fiebre, alcohol o las drogas, no se pueden considerar como epilepsias.
Normalmente, cuando ocurre una convulsión se precisa de un especialista o neurológo para que estudie el caso y pueda determinar su origen. Entre las causas

más comunes están las crisis epilépticas y las que son provocadas por algunos medicamentos.
Las crisis epilépticas son una patología neurológica crónica. Son convulsiones que se repiten en el tiempo y no se encuentra su origen en otra afección. Existen varios tipos:
• Convulsiones técnico-clónicas generalizadas. De forma habitual involucra convulsiones. Se distingue por presentar rigidez en la fase técnica y sacudidas muy violentas en la fase clónica.

• Convulsiones mioclónicas. Espasmos leves normalmente en los 2 lados del cuerpo.

• Convulsiones técnicas. Presentan sólo rigidez.

• Convulsiones clónicas. Presentan sacudidas y espasmos.

• Convulsiones atónicas. Su origen está en una enfermedad, después produce la pérdida del control muscular.

• Convulsiones parciales simples. Unas veces presentes espasmos, otras, rigidez muscular, otras, giros de cabeza…

Las crisis parciales se conocen también como focales y tienen su origen en un área determinado del cerebro. Son los más frecuentes y el paciente suele ser consciente de sus síntomas como los movimientos repetitivos no controlados, destellos en los ojos, escuchar musiquilla o zumbidos, sensación de tener un tacto anormal… Los pacientes presentan palidez, sudoración o coloración en la cara.

Las crisis generalizadas conocidas como "gran mal" son lo que todos imaginamos al hablar de crisis epiléptica. Presenta 2 fases: una donde el paciente se pone rígido con los músculos de la cara en tensión y las extremidades inferiores estiradas y superiores dobladas, se interrumpe la respiración y se empieza a poner de color azul por la falta de oxígeno, después se le sucede o tras fase donde el paciente presente sacudidas breves de piernas que poco a poco se harán más violentos y amplias. En esta fase es probable que el paciente se haga luxaciones, roturas y traumatismos. Tras pasar por estas dos fases, el paciente quedará adormilado, sin respuesta, con los músculos flácidos, puede presentar excesiva salivación y perdida de orina y heces. Puede quedar en ese estado varias horas y al despertar no suele recordar lo ocurrido, está confuso, con dolor corporal, dolor de cabeza y malestar general.

Existen unas pautas generales para actuar ante un caso de convulsiones o crisis epilépticas. Lo primero es mantener la calma ,garantizar que el paciente puede respirar y no tiene objetos en su boca. No introducir ni dedos ni cuerpos en ella porque puede provocar lesiones en ambas. Seguidamente se deben retirar los objetos contra los que el paciente se pudiera golpear y lesionar, procurando almohadillarle la cabeza. Se debe controlar la duración de la convulsión y esperar a que cese. Es conveniente acostar a la víctima de lado y aflojarle cinturones, pañuelos, corbatas… Y si la crisis dura más de 5 minutos se debe llamar a la ambulancia.

5 Discusión-Conclusión

Las convulsiones pueden deberse a causas esporádicas como la fiebre, pero en caso de que se produzcan de forma repetitiva, es conveniente acudir al neurólogo, para que descarte posibles enfermedades o lesiones en el cerebro. Entre las pruebas que el especialista puede solicitar este un examen neurológico, para determinar si el episodio tiene su origen en un problema en el sistema nervioso, un electroencefalograma si sospecha de un trastorno neurológico, un análisis de sangre para descartar intoxicaciones químicas o epilepsia, o estudios de imagen para buscar lesiones cerebrales o tumores.
Es muy importante tratar de recordar todo lo que ocurrió antes de comenzar la convulsión, tanto por parte del paciente como de posibles testigos ya que será de gran ayuda para poder clasificarla el médico que lo atienda.

6 Bibliografía

- www.semg.es
- www.vivirconepilepsia.es
- Afrontando la epilepsia. Editorial Enfoque.
- Epiléptico. El ascenso del Gran Mal. Editorial Salamandro Graphia.

Capítulo 226

EL TRABAJO EN LA PLANTA HOSPITALARIA DESDE EL TCAE.

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

TERESA TRUJILLO GARCIA

ROCIO ARAQUE JUAREZ

CINTIA DEL HOYO DELGADO

1 Introducción

Las unidades de hospitalización se encuentran en un área del hospital destinada al internamiento de los pacientes. Suelen estar separadas de las zonas de servicios especiales como urgencias, UCI, reanimación, etc… o del bloque quirúrgico.
Los Auxiliares de enfermería, bajo la supervisión de DUES son los encargados de proporcionar a los pacientes la atención básica de salud y proporcionarles el máximo confort y bienestar posibles. A modo general, sus tareas se centran en el aseo del paciente, cambio de lencería, ayudar a vestirse e ir al baño, hacer la cama, dar comidas a quien no pueda por sí mismo, velar por la higiene visual y acústica. A parte de éstas funciones, el personal de enfermería suele delegar en los TCAE el tomar constantes como el peso del paciente, el pulso, la tensión o la temperatura.
El trabajo varía dependiendo de la planta en que se encuentre ubicado el auxiliar, medicina interna o geriatría son los más similares en cuanto a rutinas, pero

hay otro tipo de unidades hospitalarias como traumatología, urología, cuidados paliativos, etc… que requieren de una vigilancia y atenciones especiales.
El equipo que se encuentra al cargo de la unidad de hospitalización se compone de médico, DUE, y TCAES, pero como personal no sanitario hay celadores y personal de limpieza, a modo global.
La atención sanitaria integral es muy compleja y recae sobre varios profesionales que conforman el equipo multidisciplinar. Todos ellos deben contribuir a mejorar el estado de salud del paciente no sólo a nivel físico, sino también psíquico.

2 Objetivos

- Conocer los horarios y rutinas establecidas en plantas hospitalarias.
- Reconocer al personal sanitario que ejercen sus funciones al servicio del paciente a un área de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como ya se ha hecho referencia, el trabajo en la planta difiere del servicio o unidad en que se encuentre. Todas las plantas se dividen en especialidades, con un médico especialista a su cargo, así se encuentran neumología, neurología, cardiología, traumatología, medicina interna, geriatría… pero hay otros especiales como UTCA (Unidad de trastorno de conducta alimentaria), psiquiatría o cirugía donde las pautas suelen ser distintas.
A las 8 de la mañana suele comenzar el turno de mañana, el número de profesionales que trabajan en cada horario dependerá de cada protocolo hospitalario, del número de habitaciones o número de pacientes. A las 8:15 después de hacer relevo con el turno de noche, los TCAE proceden a tomar las constantes vitales de los pacientes y a repartir la lencería, cosas de higiene y a preparar lo necesario

para realizar la higiene del paciente. Mientras, los DUE preparan la medicación y carros de curas necesarios.
Una vez preparado todo, los TCAE con ayuda del celador proceden a realizar la higiene y cambio de sábanas, si hubiera alguna cura por realizar, se avisa al enfermo correspondiente y se deja una vez acabado al paciente acomodado en cama o sillón, según prescripción médica, para su posterior revisión por parte del facultativo.
Durante el resto de la mañana se reparten desayunos y comidas, se ayuda a quien no puede hacerlo solo, se recogen las vajillas, se reponen almacenes y carros de higiene, se hacen cambios de pañal y tomas de diuresis pertinentes, se atienden timbres, se piden las dietas del paciente y/o acompañantes y se anotan en la planilla de TCAE cualquier cambio realizado tanto en alimentación, como postural, si tiene algún tipo de prueba especial o si hay altas.
El turno de tarde comienza a las 15h y después de dar el pertinente revelo, los TCAE colocan pedidos, si los hubiera y sus funciones en la tarde son encargarse de las meriendas, cenas, cambios de pañal, higiene de algún paciente si así los precisara y atender tanto a pacientes como familiares.
El turno de noche comienza a las 22h y sus funciones son similares a las de la tarde con la salvedad que la única ingesta se realizará en su turno es un tentempié a quien así lo desee (yogur, zumo, leche…) antes de dormir.
Hay hospitales donde tienen establecidos los turnos de 12h y van de 8 a 20h y de 20 a 8h.
Los TCAE no pueden ni diagnosticar, ni realizar procedimientos invasivos, ni administrar medicación con instrumental ,ni realizar pruebas diagnosticar ni preventivas. Si colaboraran con enfermeros y médicos en curas, administrar medicamentos vía oral, poner enemas ,pero siempre por delegación y con supervisión.
Durante los turnos de trabajo pueden suceder éxitus, altas o nuevos ingresos y el TCAE es el encargado en éxitus y altas de limpiar toda la aparatología, avisar a limpieza y reponer todo lo necesario para la llegada de un nuevo ingreso. En el alta será el encargado de repartir pijamas, productos de aseos, explicar el funcionamiento y normas del hospital, explicar lo necesario de la habitación y registrar el ingreso en la plantilla.

5 Discusión-Conclusión

La unidad hospitalaria funciona como cualquier otro servicio del hospital. Se compone de diversos profesionales que cuidan sus esfuerzos para que al paciente se recupere lo antes posible. Es necesario conocer las funciones propias como

trabajador y los protocolos de trabajo y funciones establecidas en el hospital.
El personal sanitario se encuentra en continua formación tanto de procedimientos como de aparatología necesaria, ya que este mundo está avanzando continuamente y se requiere ampliar conocimientos. Es por ello que sumado a las jornadas interminables que realizan y a la sobrecarga que se ven sometidos, es una rama donde los profesionales más padecen de estrés, insomnio y ansiedad.
Sometiendo a los TCAE a una formación continua, éstos pueden asumir responsabilidades adicionales.

6 Bibliografía

- www.HGUCR.com
- www.Linkiafp.es
- www.enfermeria21.es

Capítulo 227

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVCIO DE NEONATOLOGÍA

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

ROCIO ARAQUE JUAREZ

TERESA TRUJILLO GARCIA

CINTIA DEL HOYO DELGADO

1 Introducción

Desde el momento que se tiene conocimiento del embarazo aunque a los futuros padres les asalten dudas y miedos, lo normal es que pienses en el día del nacimiento como un día especial, en el que traen al mundo una persona sana y que todo va a ser idílico, pero hay situaciones que hacen que el recién nacido precise de su traslado al servicio de neonatos, bien porque ha nacido prematuro, o con bajo peso, o por presentar alguna malformación, distrés respiratorio, cardiopatía congénita, etc…

En cuanto se va a proceder al ingreso del bebé en neonatología, la familia debe estar informada. Ello le puede generar angustia, ansiedad, por eso se debe explicar el motivo de su ingreso, en qué consiste el servicio, qué tipo de personal hay a su cargo, tipo de procedimientos y tratamientos se le pueden realizar y resolver cuantas dudas le aparezcan a los padres.

El servicio neonatal es la sección del hospital que se encarga de la asistencia y cuidado del neonato o recién nacido. En estos cuidados se incluyen la asistencia en el momento del parto, la atención a los recién nacidos que están con sus madres en la maternidad y la de los neonatos enfermos que necesitan cuidados médicos especiales.
Si una unidad de neonatos tiene cuidados médicos intensivos, sí que estarán preparados para la atención inicial de pacientes graves y para que sean trasladados en condiciones adecuadas a centros dotados con mayor complejidad.

2 Objetivos

- Conocer qué servicios y tratamientos se ofrecen en el servicio de neonatología así como los profesionales a cargo de los recién nacidos.
- Distribución de un servicio de neonatos y horarios de visita.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En los cuidados de los recién nacidos intervienen profesionales como médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, etc, pero también hay psicólogos o asistentes sociales para casos más extremos. Los pediatras especializados se llaman neonatólogos.
En el día a día de estos bebés, no sólo es necesaria la intervención de profesionales sanitarios, sino que es muy decisiva en su recuperación el apoyo y cuidado de los padres. Hay unidades de neonatos donde se encuentran abiertas las 24h del día para que la separación padres-hijos sea la mínima posible, pero en otras está restringido el acceso. Sólo se permite la entrada cada 3h de la mamá para dar el pecho, sacar la leche o dar el biberón y de 1h por la mañana y otra por la tarde para el papá o tutor legal distinto de la madre.

En los primeros días de vida de estos bebés, los padres suelen asustarse al ver a sus hijos conectados a diversas bombas de alimentación, vías, o aparatos de calor, incubadoras, etc… pero hay que fomentar el método canguro y el contacto físico , ya que favorece el vínculo afectivo, facilita la lactancia materna y favorece el descanso.
El TCAE es el encargado de preparar todo lo necesario para el aseo del recién nacido por las mañanas, ayuda a pesarlo y a medirlo, cambia la lencería de la cuna, cama o incubadora según sea el caso. Se encarga de reponer el almacén, de mantener los boxes limpios y ordenados con los carros de curas y de paradas.
Otra de las funciones del auxiliar de enfermería es la alimentación, y se encarga de cambiar el pañal y de tomar las constantes antes de cada toma. Tendrá todo dispuesto para que la mamá pueda dar el pecho o el biberón al recién nacido. Si algún niño no acudiera nadie a la hora de alimentarlo, será el TCAE, quien bajo la supervisión del DUE procederá a realizarlo.
Las incubadoras y aparatologías que se usan en la Unidad son responsabilidad del TCAE quien los limpiará y desinfectará cada vez que así lo establezca el protocolo o tras el alto del paciente. Anotará cualquier incidencia que encuentre y procederá a poner una limpia en su lugar.
Tras el alta del bebé es responsabilidad suya también el dejar todo preparado para la llegada de un recién nacido, tendrá preparada la cuna, cuna térmica e incubadora, sondas de aspiración, electros, ambú, respirador, tomas de oxígeno…
Si durante la estancia en el servicio, algún recién nacido precisara de algún procedimiento especial, o alimentación parenteral, será el TCAE quien prepare todo el material necesario y quien a petición de médico y DUE vaya facilitando lo necesario.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de neonatos se considera dentro del ámbito hospitalario como un servicio especializado y es por ello que el personal a su cargo y las normas de trabajo son distintas y más exhaustivas.
El TCAE en esta unidad no puede llevar anillos, relojes, pulseras ni esmaltes de uñas ya que podrían lastimar al recién nacido.
En esta unidad se ofrece el hotel de madre para aquellas que así lo necesiten. Se establece un filtro de prioridad por lejanía al hospital, gravedad del recién nacido, si se le dará lactancia materna o no, etc. Será el equipo multidisciplinar quien decide a qué madre se le da el hospital de madres. En él se disfruta de una habitación de hospital para favorecer el descanso de la madre con pensión com-

pleta para una persona, pero las camas las hace y cambia la madre y se deben respetar los horarios de descanso, no se permiten acompañantes y se debe mantener la habitación limpia y ordenada. En caso de incumplir las normas, se pierde el derecho de su disfrute.

6 Bibliografía

- www.hospitalregionaldemalaga.es
- www.hgucr.es
- www.medlineplus.gov
- Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.

Capítulo 228

HIGIENE Y ARREGLO EN EL PACIENTE CON DEMENCIA (DIRIGIDO TCAE)

CELIA CEDILLO PERALES

SARA LERIA BITO

ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ

1 Introducción

La demencia es la pérdida de habilidades intelectuales lo suficientemente severa para afectar al desempeño de funciones sociales y llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD).
Demencia es igual al mal funcionamiento del cerebro caracterizado por la pérdida de funciones intelectuales, decaimiento lento y continuo o desmejoramiento rápido. al final la persona pierde sus habilidades físicas y mentales y así se transforma en una persona totalmente dependiente. En la demencia existe incapacidad de aprender nueva información y para recordar cosas del pasado; dificultad para hablar y expresarse o reconocer objetos. Hay cambio en la personalidad y dificultad para llevar a cabo actividades motoras, trabajar o desempeñar actividades habituales. A veces se dan síntomas similares a la depresión; como problemas de adptación, tristeza y también similares a la ansiedad.
Ciertas actividades cotidianas para ellos pueden representar un pérdida de intimidad, como ir al baño, desnudarse y bañarse, ya que les despierta sentimientos de pudor. Esto hace que a veces sea difícil ayudarles y que se produzcan situaciones

violentas. Es necesario preservar su autonomía e intimidad el máximo tiempo posible.
El Auxiliar de Enfermería debe determinar la capacidad del paciente para los autocuidados y proporcionar una asistencia higiénica acorde con las necesidades y con las prácticas preferidas del paciente.

2 Objetivos

-Prevenir caídas o deslizamientos cuando proceden a la higiene corporal en la ducha o bañera.
-Disminuir el riesgo de úlceras por presión o descamación de la piel
-Facilitar prendas o cualquier utensilio relacionado con la higiene del paciente

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática 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

Dada la peculiaridad de estos pacientes, sobre todo a la hora de realizarle el baño, nos podemos encontrar las siguientes dificultades:
NO QUIEREN BAÑARSE
No se los debe obligar a bañarse, si antes no lo hacían, no bañarles por las noches si antes lo hacían por las mañanas, no ducharlos si lo que hacían era bañarse.
Los pasos a seguir para el baño completo o parcial en la cama son:
-Ajustar la temperatura y la ventilación de la habitación, cerrando puertas y ventanas
-Preparar el material necesario: toallas, palangana, jabón, camisón o pijama..
-Bajar la barandilla lateral y acercar al paciente hacia el lado donde se encuentra el Auxiliar que va a realizar la higiene del paciente.
-Soltar la colcha de los pies de la cama y colocar la entremetida , para una vez que se retire la sábana guardemos la intimidad del paciente
-Quitar el pijama o camisón al paciente

- Llenar la palangana con agua templada
-Lavar, aclarar y secar la cara, el cuello y los oídos.
-Retirar el cobertor del baño del brazo del paciente y comenzar a lavar el brazo con agua y jabón desde la zona proximal a la distal. Aclarar y sujetar el brazo por encima de la cabeza para lavar la zona de la axila.
-Aclarar y secar el brazo y la axila completamente.
-Subir la barandilla lateral a ir al otro lado de la cama, bajar la barandilla lateral y repetir el mismo procedimiento con el otro brazo.
-Cubrir el tórax del paciente con una toalla de baño.
-Lavar el tórax con movimientos amplios y firmes. Tener cuidado con los pliegues submamarios en las mujeres.
-Colocar la toalla sobre el tórax y el abdomen.
-Lavar el abdomen, poniendo atención a los pliegues abdominales. Frotar de un lado a otro. Secar correctamente.
-Poner un camisón o pijama limpio.
-Tapar el tórax y el abdomen con la zona superior del cobertor. Exponer la pierna más alejada doblando el cobertor por la línea media. Asegurarse de que la región perineal está tapada.
-Sujetando con una mano la pierna, levantarla y colocar la palangana debajo del pie en alto. Comprobar que el pie queda apoyado sobre el fondo de la palangana. Dejar el pie en remojo mientras se lava la pierna. Realizar movimientos firmes y amplios desde el tobillo hasta la rodilla y desde la rodilla al talón. Secar todo lo mejor posible. Limpiar el pie. Limpiar y cortar las uñas si fue neceario. Secar la zona lo máximo posible.
-Subir la barandilla lateral e ir al otro lado de la cama, bajar la barandilla lateral y repetir el mismo procedimiento con la otra pierna.
-Colocar al paciente en decúbito prono o en decúbito lateral. Tapar al paciente, deslizando el cobertor sobre los hombros y los muslos.
-Lavar, aclarar y secar la espalda desde el cuello hasta los glúteos. con movimientos firmes y amplios. Cambiar el agua y la toalla cuando se considere necesario.
-Colocar al paciente en decúbito lateral o supino.
-Vestir al paciente y peinarlo
-Hacer la cama
-Conviene establecer una rutina sencilla y llevar a cabo las actividades cada día a la misma hora y del mismo modo.
-Debemos darles el tiempo que necesiten para preparse y lavarse.
-Si algún día no se bañan, debemos procurar que se laven bien.

-Tenemos que tener paciencia, no ir con prisas e intentar que el baño sea para ellos un motivo de bienestar.
-Si prefieren estar solos, saldremos del baño, aunque desde fuera estemos vigilando.

NO SABEN ENTRAR Y SALIR DE LA BAÑERA O NO PUEDEN HACERLO
Cuanto mas avanza la enfermedad, mas complicado es bañarlos, puesto que cada vez les resulta más difícil entrar y salir de la bañera. Si esto ocurre:
-Colocaremos una tabla en la bañera y lo ducharemos sentado.
-Siempre que sea posible, sustituiremos la bañera por una ducha con una silla adaptada.
-Les secaremos y vestiremos sentados en esa tabla.
-El asidero de la pared deber ser de color vivo, de un material rugoso para que no se resbale y sea amplio.

SE PUEDEN CAER
El cuarto de baño es un lugar peligroso debido a las caídas. Por lo tanto:
-Buena iluminación
-Azulejos que no sean resbaladizos
-Suelo seco
-Poner alfombra, asegurando que quede fija en el suelo y que absorba bien el agua.
-Colocar asideros que esten visibles al lado de la bañera o de la ducha, del baño y de lavabo para ayudarles a incorporarse.
-Colocar adhesivos antideslizantes en el suelo de la bañera o de la ducha.

NO SE SOSTIENEN CUANDO LO BAÑAMOS
Cuando se encuentran en una fase avanzada de demencia debemos asearles en la cama. El baño completo en la cama se realiza en pacientes totalmente dependientes y requieren cuidados higiénicos completos.

NO SABEN BAÑRSE O DUCHARSE SOLOS
-Si a pesar de haberles explicado todo el proceso no saben como bañarse, se lo iremos explicando paso a paso.
-Si aún así continúan sin saber hacerlo, les ayudaremos para que adquieran confianza.
-Les dejaremos siempre las cosas en el mismo lugar y no cambiaremos de marca, forma o colores.
-Respetar siempre su intimidad y dejar que ellos mismos se quiten la ropa interior si desean hacerlo solos.

-Dejaremos que se sequen ellos mismos y al final le supervisaremos si no se han secado bien.
-Una vez finalizado el baño, colocaremos una silla delante del espejo para que ellos mismos se peinen, se echen crema en la cara, se afeiten…

5 Discusión-Conclusión

La higiene del paciente es una función básica del personal auxiliar de enfermería que proporciona bienestar y comodidad. Durante el lavado, debemos prestar atención y valorar el aspecto de la piel, vigilar la aparición de algún tipo de incidencia como ulceras por presión, de esta manera protegemos la piel con apósitos o con cojines antiescaras.
La higiene conlleva muchos beneficios, creamos sensación de confort en el paciente, bienestar, descanso. Eliminamos de la piel el exceso de grasa, la suciedad y también las células muertas que hay en la superficie cutánea por la descamación continúa y lo más importante estimulamos su circulación sanguínea.

6 Bibliografía

-Documento de elmundosalud.com, elmundosalud.es
-Harrison. Principios de la medicina interna.
-Universidad Salamanca; Bermejo Félix, neurólogo, Hospital 12 Octubre, Madrid
-Wikipedia

Capítulo 229

TÉCNICAS PARA EL CUIDADO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN EL PACIENTE (DIRIGIDO A TCAE)

CELIA CEDILLO PERALES

SARA LERIA BITO

ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ

1 Introducción

El órgano más grande del cuerpo es la piel, sirve como barrera para proteger al cuerpo del exterior y también sirve como medio de comunicación con él. Impide que entren cuerpos extraños y nocivos dentro del organismo, evita que salgan sustancias de dentro y transforma la luz del sol en vitamina D.
De la piel podemos hablar que tiene 3 capas: Epidermis; Dermis e Hipodermis, cada capa tiene una función diferente.
La genética influye en el tipo de piel de cada persona, pero los factores internos como el envejecimiento, enfermedades, cambios hormonales y externos como la radiación, tratamientos corporales, sustancias nocivas pueden variar el aspecto y el estado.
Por todas estas menciones debemos de tener especial cuidado en el paciente hospitalizado. Dependerá mucho de la patología y del estado general del paciente. Lo que más aparece en los pacientes encamados son las llamadas úlceras por presión, siendo el resultado de una presión mantenida sobre una zona dónde el hueso se palpa con más facilidad.

Si la herida ya ha salido, es necesario tratarla para evitar que pueda infectarse e incluso en muchos casos tener que ser intervenida en el quirófano.
A través de la higiene podemos observar el estado de la piel, mejorar el aspecto físico y mental, y evitar que aparezcan otras complicaciones.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas del cuidado de la piel y la importancia del cuidado del paciente para evitar la aparición de úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo presentado, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre las úlceras por presión en los pacientes que pasan muchas horas encamados o sentados tanto en el hospital como en residencia o domicilio. Para ello se han consultado bases de datos como Scielo, Medline, Efesalud o Infomed.

4 Resultados

Las zonas susceptibles de las Úlceras por presión son aquellas en las que hay un abultamiento óseo en contacto con la superficie, bien sea la cama, silla de ruedas, sondajes, respiradores… las localizaciones más frecuentes son: vértebras, omóplato, codos, caderas, sacro, nalgas, rodillas, talones y orejas.
Estadíos de las úlceras por presión.
*Estadío I: aparece un enrojecimiento en la piel que perdura en el tiempo y no blanquea al ejercer presión.
En este estadio vale con proteger la zona y que la zona esté siempre húmeda. Es aconsejable evitar las presiones de la piel mediante cojines y colchones llamados antiescaras.
*Estadío II: pérdida parcial del grosor de la piel, generalmente afecta a epidermis o a dermis. La úlcera es superficial y aparece como una abrasión o ampolla.
Para su prevención lo más recomendable es aplicar apósitos para seguir humedeciendo la úlcera. Hacer cambios posturales para proteger la piel más dañada.
*Estadío III: pérdida de la totalidad de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse en profundidad, y puede llegar a infección de hueso incluso en sangre y no produce dolor, ya que el tejido está necrosado.

*Estadío IV: el espesor de la piel y los tejidos se han perdido completamente. La escara se extiende hasta la aparición de necrosis y se ve músculos, huesos o tendones. Pueden aparecer infecciones.
Consejos: Se deberá obtener una valoración de un facultativo para conocer el estado del hueso y posible pauta de tratamiento antibiótico.
Tratamiento de Úlceras Por Presión
Será el enfermero con la colaboración del auxiliar, quienes realizarán la cura, la cura del paciente para evitar una larga manipulación del mismo, cuidando de que no falte material, proporcionando lo que fuera necesario y ayudando en los parámetros que puedan verse alterados con el movimiento del paciente, así como todo tipo de sondas y perfusiones.
Material necesario:
- Guantes de un solo uso.
- Bolsa de plástico para todo el material que se utilice.
- Agente tópico prescrito.
- Palangana, toallas, empapadores, etc.
- Protector de la piel.
- Esparadrapo hipoalérgico, si fuera necesario.
- Jeringa y aguja.
- Papel de registro.

Para la limpieza de las heridas se recomienda el uso de suero fisiológico.
Las úlceras por presión que más se dan son en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados intensivos y en residencias, ya que son pacientes que pasan la mayor parte de sus días encamados y aunque se hagan cambios posturales para evitarlo tarde o temprano aparecen.
La limpieza y tratamiento de las heridas.
1. Antes de realizar la cura se limpia.
2. No se debe de hacer fuerza cuando se hace la cura.
3. Use una presión de lavado efectivo para el arrastre de bacterias y de restos de la anterior cura, utilizando suero fisiológico
4. No utilizar ningún producto antiséptico.
5. Seque bien toda la zona
6. Aplique el vendaje o apósito
7. Almohadille bien la zona
8. Registre todo lo referente a la cura, incluyendo fecha y hora.

En los pacientes que se encuentran encamados tanto tiempo debemos considerar que todos van a ser susceptibles a padecer UPP.

5 Discusión-Conclusión

A través de las investigaciones realizadas lo más importante es no mantener al paciente encamado o en silla durante mucho tiempo en la misma posición, una hidratación externa e interna adecuada, la alimentación juega un papel muy importante.
También se ha observado que pacientes con una masa corporal disminuida es más fácil que aparezcan estás lesiones.
Una cama con arrugas y dobleces o con humedad favorece la aparición de úlceras.
En cuanto se aprecie una rojez en alguna zona se debe de comenzar a tratar y no esperar a que evolucione, pues se puede llegar a producir una perdida de tejido y causar complicaciones.

6 Bibliografía

-Manual de Urgencias en Enfermería. Pamela Kidd. Patty Sturt. Ed. Harcourt Brace. 1998
-Enciclopedia de Medicina y Enfermería. Ed. Océano. Mosby. Tomo 2.1989
-Libro de Tecnicas Básicas de Enfermería Editex
-Wikipedia

Capítulo 230

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN OXIGENOTERAPIA

MONSERRAT LOPEZ GARCÍA

MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ

INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS

1 Introducción

La oxigenerapia es un oxígeno para la curación o el tratamiento, se proporciona cuando el paciente tiene una deficiencia de oxígeno (reduciendo parcialmente la presión de oxígeno) o la falta de oxígeno (sin oxígeno en la sangre y el tejido), siempre se centrará siempre y siempre se enfoca más alto en el El medio ambiente, en el aire, será necesario en muchos casos de tratamiento inconfundible, y en otros, apoyan al resto de otros tratamientos. Usados en pacientes, pero son necesarios si lo necesitan, si son necesarios, si es difícil respirar nuestros vehículos, de problemas. La respiración toros u otros afectan el intercambio de gases y el transporte de oxígeno. Los equipos de enfermería, las enfermeras y TCAE brindan asistencia para coordinar a todos los pacientes para tratar el oxígeno, en

los que ellos, notifican y explican a los pacientes sobre lo que haremos y trabajamos. Pedimos a los pacientes que cooperen para evitar la hipoxia o cualquier movimiento que disminuya la eficacia de la oxigenoterapia, tengan diferentes dispositivos de suministro de oxígeno y diferentes formas de administración, que es responsabilidad del tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria (TCAE) responsable de ellos y de todos sus cuidados en los centros hospitalarios .

2 Objetivos

- Conocer en que consiste la administración de oxígeno ,y sus funciones.
- Explicar el cometido , que tiene el TCAE en esta función.

3 Metodología

El método utilizado para la recogida de datos e información ha consistido en la revisión bibliográfica, a través de la búsqueda sistémica de artículos, libros y publicaciones académicas revisadas de diversas fuentes y páginas web. Las principales bases de datos utilizadas han sido: Medline, Scielo y Pubmed.

4 Resultados

El oxígeno se puede obtener de una variedad de fuentes, como un tanque de tubo central en la pared de una habitación, o una fuente o cilindro portátil más pequeño, pero es necesario para el transporte del paciente o la terapia de oxígeno en el hogar. . El oxígeno se suministra a alta presión dentro del cilindro, lo que aumenta su capacidad y autonomía, pero vienen en una variedad de tamaños y muchas veces son reutilizables. Para introducir oxígeno, además de la fuente que necesita un regulador, es un conector que nos proporciona y mide la cantidad de oxígeno, siempre pasa a través de él, hidrata el oxígeno y se carga con humedad para no dañarlo y estimular el El tracto respiratorio, una colección de ambas partes, salarios del sistema respiratorio, se instalan botellas de oxígeno móvil. Se utilizan una botella y una línea delantera para encontrar presión interna. Los métodos de manejo de oxígeno en los pacientes pueden resolver independientemente de la independencia: la marihuana, colocada en la tumba, solo otros agujeros de la nariz, y su cabeza se coloca en el cielo, el vaso de la nariz se coloca en ambas fosas nasales, máscaras que cubren los labios y la barbilla, mixta Los tanques, el aire y el oxígeno más altos que el oxígeno y los tanques no tienen

cambios, los desafíos de alto flujo, como Venturi, tal vez ajusten la concentración entre la concentración entre la concentración entre
25% y 40-50%. Tenemos una campana de oxígeno utilizada en pediátrica, abrazando la cabeza del niño, creando un rico ambiente de oxígeno, el paciente lo inspira, así como almacenando cobertura de oxígeno, creando uno en el entorno de enriquecimiento en una vaca cubre todo el cuerpo y es para pacientes con irritación y pediátrica. Los pacientes no pueden respirar llamado respiración auxiliar: mecánica de ventilación
. El dispositivo se coloca en el dedo e indica la saturación, otras pruebas son si el gas en sangre se toma de la muñeca. El TCAE es miembro activo del equipo de transferencia de conocimiento e interviene en todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo destacando que La oxigenoterapia es una medida terapéutica encaminada a restablecer los síntomas de asfixia, aliviando y mejorando la calidad de vida del paciente.
El tecnico de cuidados auxiliares de enferemria (TCAE) funciona monitoreando los signos y síntomas en cualquier momento para asegurarse de que haya suficiente oxígeno en el tanque, así como también verificando que las conexiones estén bien apretadas y la concentración correcta de oxígeno prescrita por su médico, litros/minuto. una correcta preparación del material, en este caso consumibles (mascarilla, tubo de oxígeno), y sobre todo una correcta limpieza del tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria (TCAE). Manos de enfermera.

6 Bibliografía

1. http://medlineplus.gov/spanish.
2. http://www.scielo.org/es/
3. http://wwwintramed.net

Capítulo 231

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) : EUTANASIA VS SEDACIÓN

MONSERRAT LOPEZ GARCÍA

MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ

INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS

1 Introducción

Hablar de la eutanasia es sin lugar a dudas un tema muy controvertido en el ámbito sanitario. Es un campo en el cual se da un claro choque entre los valores de la profesión, como es el tratar y aliviar el dolor en el paciente paliativo y cumplir con los deseos del paciente, la muerte, como manifestación de su principio de autonomía, e incluso del ejercicio de un derecho constitucional al suicidio, en su modalidad de suicidio asistido. Según la última encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), realizada el 2011, se mostró que un 77,5% de las personas encuestadas se mostraban a favor de regular por ley el derecho a una muerte digna.
Preguntados en otras encuestas posteriores (2018), fuente IPSOS, se ve cómo va aumentando esta tendencia al apoyo de la misma y en que supuestos concretos

se ve más apoyada. El 11 de diciembre de 2020, se aprobó en España la nueva Ley que regula la Eutanasia. Esta proposición de Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia (12/00020) determina tanto el derecho de las personas que reúnen las características expuestas en la misma a recibir una muerte digna y con todas las garantías, como los derechos y deberes de los profesionales sanitarios en cuanto al marco de actuación, para asegurar un buen cumplimiento del derecho que esta Ley otorga.

2 Objetivos

Conocer la proposición de ley, y saber diferenciar entre eutanasia y sedación paliativa desde el punto de vista ético legal.

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

Se entiende por eutanasia, "la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no se ha podido mitigar con otras actuaciones".
Actualmente, en las doctrinas bioéticas existen diferencias entre lo que se conoce como actuación directa (eutanasia) y actuación pasiva (eutanasia pasiva o indirecta), quedando esta última excluida del marco jurídico penal de la eutanasia.
Como eutanasia pasiva o también denominada sedación paliativa se entiende a la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, mediante la administración de unos fármacos indicados, con el fin de evitar un sufrimiento insostenible, evitando así la agonía en los últimos momentos de la vida.

La diferencia ente la eutanasia y la sedación paliativa, viene determinada por la intencionalidad del hecho, el procedimiento realizado y el resultado del mismo.
La presente Ley, consta de 5 capítulos, 7 disposiciones adicionales, 1 disposición transitoria, 1 disposición derogatoria y 4 disposiciones finales, a través de los cuales va definiendo todos los elementos involucrados en el acto.

- Personas que pueden solicitar la eutanasia:

Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma consciente e informada.
Que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, causante de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Que tenga nacionalidad española o certificado que acredite un empadronamiento en España mayor de 12 meses.
Que haya prestado consentimiento informado previamente a recibir la ayuda a morir. Haber formulado 2 solicitudes de manera voluntaria por escrito de querer recibir ayuda a morir.

- Requisitos de la solicitud:

La solicitud de la ayuda para morir deberá realizarse por escrito y debe estar fechado y firmado por el paciente que lo solicita, si el paciente no pudiera hacerlo, lo podría hacer otra persona en representación, quedando constancia clara e inequívoca de quien lo solicita.
Dicho documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario. Dicho escrito se adjuntará a la historia clínica del paciente.
Esta solicitud podrá ser revocada, incluso aplazada en cualquier momento por el paciente, quedando constancia de dichas decisiones en historia clínica.

- Procedimiento tras la solicitud de la prestación:

Una vez recibida la primera solicitud, el médico responsable en un plazo máximo de dos días, realizará con el paciente solicitante una exposición del caso en cuanto al diagnóstico, posibilidades y resultados esperables y cuidados paliativos, asegurando en todo momento que el paciente comprende la información. Toda esa información deberá ser entregada al paciente también de forma escrita.
Transcurridas 24 horas desde este primer contacto, el paciente ratificará su decisión o bien podrá desistir de seguir adelante, cualquiera de las dos decisiones tendrá que quedar reflejadas por escrito y el médico responsable informará a la unidad asistencial de cualquiera de las dos.
Si el paciente decide seguir adelante, su médico responsable llevará su caso al médico consultor, quien, una vez estudiado y examinado al paciente, redactará un informe en un plazo de 10 días en el que quedará claro que se cumplen las condiciones establecidas en la ley.

Por último, el médico responsable, pondrá el caso en conocimiento de la comisión de garantías y evaluación, la cual emitirá un informe determinando una decisión favorable o desfavorable.
Si es una resolución favorable, la realización de la prestación de ayuda para morir, se realizará con aplicación de todos los protocolos correspondientes, que definen los criterios en cuanto a forma y tiempo de la realización.
Si en cambio, es una resolución desfavorable, ésta podrá ser recurrida por el paciente. Los otros grandes implicados en este proceso, son los profesionales, la
Ley define tanto los deberes de los mismos como los derechos, uno de ellos es la objeción de conciencia.
En el artículo 16 de la Ley, se reconoce el derecho de todos los profesionales sanitarios a ejercer su derecho a la objeción, para ello debe de quedar constancia previamente y por escrito.
Con el fin de asegurar una adecuada gestión, las administraciones, crearán un registro de todos los profesionales objetores de conciencia, que será en todos los casos, confidencial y estará regulado por la Ley de protección de datos. La Sociedad
Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en su guía sobre cuidados paliativos, establece que los elementos fundamentales que deberán darse para hablar de enfermos terminales pasa por observar la presencia de una enfermedad avanzada progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuestas al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos; múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte; y un pronóstico de vida inferior a los seis meses. De este modo, si se dan estos elementos en el paciente, podemos concluir que está en una situación terminal.
En estos casos debemos de evitar una obstinación terapéutica, que consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo, constituye una mala praxis médica y una falta deontológica.
Como menciona Javier, García Amez, en su artículo Cuidaos paliativos versus eutanasia: dos formas de morir, dos tratamientos jurídicos distintos y varias situaciones jurídicas conflictivas "Si bien los cuidados paliativos tienen como centro de atención el confort y el bienestar del paciente, una de las posibles medidas que se adoptan una vez que se han comenzado a aplicar, es la sedación terminal, la cual se aplicará en las últimas fases del proceso de agonía, cuando su sufrimiento y dolor es tan elevado que hacen médicamente aconsejable el uso

de la misma, causándole una depresión en la respiración que le ocasiona el fallecimiento", de334 jando que la naturaleza lleve su curso.

5 Discusión-Conclusión

Por la presente ley se aprueba la eutanasia como medida ante situaciones extremas (pacientes terminales). Además, existe las voluntades anticipadas, donde el paciente deja constancias de sus deseos o voluntades, preparándose para la muerte, permite controlar su decisión de forma holística, como un ser biopsicosocial.

Nos parece muy interesante desde el punto del sanitario, saber diferenciar estos términos, eutanasia y sedación, tan importantes en el uso diario con pacientes que están al final de su vida. Pacientes que no quieren morir con dolor, ni físico ni mental, sino con una muerte digna, evitando toda obstinación terapéutica porque solo hace alargar su vida sin calidad.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. 2014. Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidadospaliativos-1.

2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726569X2014000200010&script=sci_arttext.

3. García Amez, Javier. Cuidaos paliativos versus eutanasia: dos formas de morir, dos tratamientos jurídicos distintos y varias situaciones jurídicas conflictivas. Revista penal México 2019. Última entrada en 02/enero/2021, disponible en https: //revistaciencias.inacipe.gob.mx/index.php/01/article/view/297/255.

4. http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31568/TFGL2084.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

5. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Osteba-Osakidetza 2014.

Capítulo 232

CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA CORRECTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MONSERRAT LOPEZ GARCÍA

MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ

INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS

1 Introducción

Cuando hablamos de dieta saludable en la alimentación nos referimos a aquella que aporta a cada persona todos y cada uno de los alimentos necesarios para satisfacer sus necesidades nutricionales, y en situación de salud. En este artículo haremos hincapié en la alimentación saludable en general, y se podrá tomar de referencia como una base en la alimentación diaria.
Cada individuo va a tener diferentes requerimientos nutricionales según su edad, talla, sexo, actividad física que desarrolla y sobre todo de su estado de salud o enfermedad.
Para prevenir la aparición de enfermedades y así mantener la salud se debe seguir un estilo de vida saludable; lo que viene a ser que hay que elegir una alimentación bastante equilibrada, realizar alguna actividad o ejercicio físico regularmente,

como caminar al menos 30 minutos al día y se deberá evitar fumar e ingerir bebidas alcohólicas sobre todo las de alta graduación.
El aporte calórico debe ser alrededor de 2.400 kcal. (15-20% de proteínas, 50-55% de hidratos de carbono y 30% de grasas con la distribución de ácidos grasos saturados <10%; ácidos grasos poliinsaturados <10%; ácidos grasos monoinsaturados >10%. Los ácidos grasos esenciales deben suponer el 2-3%). Fibra dietética alrededor de 25 gr.
El reparto de las calorías totales EN 24 horas será de:
- Desayuno: 25%.
- Comida: 30%.
- Merienda: 15%.
- Cena y colación nocturna: 30%.

La colación nocturna es la administración complementaria de alimento si transcurren más de 10-12 horas entre la cena y el desayuno.

2 Objetivos

- Describir las cinco características más importantes de una buena alimentación en términos nutricionales.
- Incidir en la importancia de que esta dieta completa y correcta sea variada.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de nutrición hospitalaria, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisada

4 Resultados

Debes llevar una dieta equilibrada y con complementación de una actividad física.
Para comenzar con una buena alimentación, vamos a ver cuáles son las características de una dieta correcta, De la descripción de estas características, será más fácil vivir una vida saludable si las seguimos a la hora de cuidar la alimentación.

Cinco características de una dieta correcta.
- Adecuada. Decimos que una alimentación es adecuada a aquella que se adapta a la persona en todos los aspectos: entorno social, cultural y económico, ya que la mejor dieta se debe adecuar a tu estilo de vida.
- Equilibrada. Lo ideal es que se genere un equilibrio de nutrientes en tu dieta; ya que en tu ración o plato se debe componer de 25% de cereales, 50% de vegetales y 25% proteína.
- Completa. Dentro de una nutrición equilibrada y para cuidar de nuestra dieta, es esencial que se introduzcan todos los grupos de alimentos: leguminosas, cereales, verduras, frutas y oleaginosas. Esto es muy importante y debemos tenerlo en cuenta, porque con esto se absorberán los nutrientes que tu cuerpo necesita para poder llevar a cabo una dieta completa.
- Suficiente. El anterior punto nos dice que una dieta tiene que ser completa para realizar su función de absorber los más nutrientes posibles, aunque, se bebe asegurar de consumir las porciones adecuadas y que deben ser suficiente para reforzar a tu organismo, Lo correcto e ideal de este punto seria comprobarlo atreves de un especialista en nutrición, ya que se deben aportar estas necesidades dependiendo de la edad, género, peso, estatura y estilo de vida, o si se realiza alguna actividad física en la cual se quemen más calorías que con las actividades normales diarias.

El punto más importante y ultimo de estas características nos lleva a una dieta.
Variada. Tenemos a nuestro alcance muchos alimentos sanos, lo adecuado es variar esta alimentación todo lo que se pueda, porque si una persona come siempre lo mismo se derivara en costumbre y terminará aburriéndose, lo ideal es ir variando lo que comemos; por ejemplo, cuando la persona coma frutas, deberá variar entre mango, papaya, plátano, melón, sandía, y así con cada alimento que tomemos de los grupos existentes.

5 Discusión-Conclusión

Ahora que conocemos algunas de las características a través de este artículo para llevar a cabo una dieta equilibrada, Podemos llegar a la conclusión de que la variabilidad de esta es muy importante para llevar una vida más sana y en equilibrio, nos ayudara a mantener la salud, así como nuestro cuerpo, además de evitar muchas y diversas enfermedades derivadas de una mala alimentación o de unos malos hábitos. El alimentarnos bien es un requisito imprescindible para cuidar de nuestra salud, y si en algo están de acuerdo la mayoría de nutricionistas es que a la hora de la alimentación no es lo mismo solo comer sin pensar en lo que

estamos ingiriendo que nutrirse adecuadamente con una dieta equilibrada.

6 Bibliografía

1. https://www.vrim.com.mx/caracteristicas-una-dieta-correcta/
2. http://www.aeal.es/alimentacion-y-nutricion/3-alimentacion-saludable

Capítulo 233

INSTRUCCIONES EN LA TÉCNICA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL PACIENTE (DIRIGIDO A TCAE)

SARA LERIA BITO

CELIA CEDILLO PERALES

ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ

1 Introducción

El concepto de Urgencia es cuando hablamos de una situación por la que persona cree que necesita asistencia sanitaria, independientemente de si existe riesgo para su vida o no.
En cambio, Emergencia es aquella situación por la que la persona puede perder la vida o quedarle algún tipo de secuela si no es atendido de manera rápida.
El concepto de Urgencia engloba situaciones tales como:
-Situaciones sin riesgo vital inmediato, pero sí en un periodo de tiempo breve, si no se diagnostican y tratan precozmente.
-Situaciones sin riego vital en un plazo corto, pero que necesitan de un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico para evitar la propagación de la enfermedad a la comunidad.
-Situaciones en las que el médico debe actuar rápidamente para tranquilizar al enfermo o familiares.
-Urgencias sociales

-Urgencias por deficiente asistencia extrahospitalaria que inducen al enfermo a consultar de forma urgente por problemas que no se prestan en Atención Primaria.
El servicio de Urgencias en un hospital siempre se debe encontrar en la planta baja o en la planta sótano. Debe distribuirse en un plano horizontal y estar comunicado verticalmente con el resto de servicios.
El personal de urgencias consta de: Supervisora, Enfermeros/as, Auxiliares de Enfermería, Celadores, Limpiadoras y Personal administrativo.
El atragantamiento es una situación muy común en nuestra sociedad. A lo largo de la historia, han intentado investigar la mejor forma de liberar la vía aérea, hasta que en 1974 Henry Heimlich desarrolló su maniobra aportando las compresiones abdominales a los golpes en la espalda.

2 Objetivos

-Distinguir los protocolos de actuación para este tipo de técnica.
-Precisar los principales aspectos de cuerpos extraños en la unidad de hospitalización.
-Valorar los beneficios que hemos logrado con dicha técnica.
-Enumerar el protocolo que quede bien definido para cada profesional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para proceder a realizar dicha técnica, el paciente debe de estar sentado, de pie o en decúbito supino, retirar la sangre o moco que pueda visualizarse en la boca del paciente, extraer las dentaduras rotas o mal ajustadas y preparar el material al personal de enfermería y médico todo el material necesario que pueda precisar.
Procedimiento:

-Ponerse de pie detrás del paciente sentado o en pie y rodear con los brazos su abdomen. Si el paciente está en decúbito supino, arrodillarse, colocarse a horcajadas sobre los muslos del paciente.
-Colocación de la mano.
-Presionar rápidamente, comprimiendo el abdomen hacia adentro y hacia arriba.
-Repetir las compresiones abdominales varias veces si fuera necesario para aliviar la obstrucción de la via aérea. Valorar la vía respiratoria con frecuencia para determinar el éxito de la maniobra.
-Con embarazadas o pacientes obesos, puede realizarse la maniobra torácica. El paciente debe de estar en decúbito supino, sentado o de pie. Poner una mano encima de la otra, y colocar la mano inferior en el medio de la zona del esternón por encima del apéndice xifoides. Presionar derecho hacia abajo, hacia la columna. Repetir las compresiones torácicas varias veces si fuera necesario para aliviar la obstrucción de la vía respiratoria.
-En caso de que se vea el cuerpo extraño en la vía respiratoria superior, puede estar indicada la extracción con pinzas.

Una vez realizada las técnicas se puede dar una serie de complicaciones:
-Dolor abdominal.
-Náuseas.
-Vómitos.
-Fractura de costillas.
-Lesión de órganos abdominales o torácicos.

Si la técnica ha resultado satisfactoriamente, le indicamos al paciente que este tranquilo y observe diferentes complicaciones por si fuera preciso hospitalizar, pero se puede dar el caso de que el paciente fallezca porque no pueda salir con éxito dicha técnica.

En general, si tragas un objeto extraño, este pasa por el aparato digestivo sin inconvenientes. Sin embargo, algunos objetos pueden atascarse en el conducto que conecta la garganta con el estómago (esófago). Si un objeto queda atascado en el esófago, es posible que deban extraerlo y hacer la técnica mencionada anteriormente.

Los pacientes que son muy propensos son los niños menores de 3 años, ya que todo lo que tienen a su alrededor lo tienen que investigar y llevarlo a la boca.

Este tipo de palabras son clave y las tenemos que tener presentes:
Atragantamiento.
Asfixia.
Cuerpo extraño.
Maniobra de Heimlich.

Compresiones abdominales.

5 Discusión-Conclusión

Por norma general, en cualquier ámbito está muy presente el atragantamiento y en edades diferentes, porque es algo que ocurre de manera inesperada y para ello debemos estar muy preparados y ser conscientes de la importancia que tiene dicha técnica para lograr que la técnica sea efectiva y eficaz.
No solo tienen que estar preparados en este caso sanitarios, sino un curso de primeros auxilios viene bien que lo tuviera toda la población y así en este caso se podrían salvar vidas o al menos intentarlo.
En el caso de que no se supiera llevar a cabo dicha técnica, rápidamente se llamarían a profesionales y no llegar a una situación de extremo.

6 Bibliografía

-Wikipedia
-Libro de técnicas básicas de enfermería
- Diccionario Oxford-complutense medicina. Ed. Complutense S.A 1998

Capítulo 234

MUESTRA DE UN CASO EN CAÍDA DE ANCIANOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LUCIANO GALERA MARTINEZ

MIGUEL ÁLVAREZ COLETO

YOLANDA MAESTRO PRIETO

REGINA ARNAO GARCÍA

SARA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

Entre una de las grandes manifestaciones adversas y geriátricas que nos podemos encontrar, están las lesiones por caídas en la población considerada anciana y que tienen inferencias muy transcendentales sobre la morbilidad y mortalidad en este sector de afectados mayores o gerontes. Sus etiologías de deben a conjunción de muchos factores y por sus complicaciones múltiples van a crear un importante problema a la hora de tratar a este sector de afectados, el cual va a derivar en un importante y significativo gasto en el sistema sanitario tanto privado como público.

La caída según la Organización Mundial de la salud la refiere como "la inferencia de cualquier acontecimiento que precipita al afectado al suelo en contra de su

voluntad". Sus inferencias tienen grandes inferencias y discapacidades en la salud, el bienestar y en la calidad de vida del afectado, cuidadores y de su familia. Por todos es sabido que la mayoría de los afectados mayores, están más vulnerables y tienen un peligro mayor de caídas, por ello existen muchos peligros y factores que en su conjunto deberemos aprender a identificar a través de la observación y las evaluaciones al afectado y poder adelantarnos a estos sucesos de peligro alto y poder evitar o que sean menor la incidencia de las caídas entre la población anciana.

2 Objetivos

- Ver las graves inferencias que generan las caídas en el anciano en el contexto sanitario a través de un suceso clínico.
- Exponer y describir las pautas relativas en un plan de cuidados estandarizados.

3 Caso clínico

Manuela de 85 años de edad, vive en un 4 piso y está sola. Tiene antecedentes de diabetes mellitus tipo II e incontinencia urinaria a la vez que presenta limitaciones para guardar el equilibrio sin ayuda en bipedestación. Se ayuda de un andador para caminar. En lo que va de año se cayó 3 veces.
Por lo acontecido con las incidencias de caídas en Manuela, está entrando en una bajada de su estado de ánimo porque está siempre con miedo de caerse, no dice que, aunque cuenta con el apoyo familiar, no están las 24 horas del día con ella y requiere ayuda de otra persona en la ausencia de su familia, aunque Manuela está acompañada por un familiar la mayor parte del día y tiene una cuidadora por las noches. A pesar de ello se deben estudiar y tener en consideración una serie de posibles actuaciones mediante un plan de cuidados.
Las pautas a seguir y que se le explican a Manuela, así como a su cuidadores y familiares que se ocupan de ella serán las siguientes:
- Se efectuará la colocación de barreras y agarres para evitar caídas.
- Proveer con tiempo de ayuda personal.
- Dotar a las estancias de una iluminación correcta y adecuada.
- intentar controlar en la medida de lo posible la posibilidad de que se inquiete y derive en un estado de ansiedad.
- Suministrar una alarma o algún sistema de llamada para poder avisar al cuidador si se precisa

- Retira los muebles Que puedan suponer un tropiezo, sobre todo el mobiliario de baja altura.
- Tener la superficie del suelo ordenada y despejada.
- En la mesita de noche ubicar una luz nocturna
- Ubicar Barreras en los tramos que lleven a las escaleras.
- Los suelos deberán ser antideslizantes y anticaídas.
- Los objetos cotidianos y de más uso para Manuela, se deberá instaurar para que pueda llegar sin problemas, obstáculos o dificultad.
- Los muebles deberán estar bien sujetos o anclados para evitar su caída si se apoyara.
- Zapatos bien atados o sujetos y suelas antideslizantes.
- Educar a los miembros de la familia los factores de peligro que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos peligros.
- Se ayudará a la familia a poder anticiparse a los peligros del hogar y poder corregirlos a tiempo.

4 Discusión-Conclusión

La evitación y prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería. Por ello, es requerible hacer el esfuerzo por encontrar estrategias que minimicen el número de caídas entre los afectados ancianos. La aplicación del plan de cuidados y el uso de un lenguaje estandarizado, facilita la reflexión crítica en el cuidado enfermero, destaca la asistencia que se brinda a los afectados y mejora la comunicación dentro de la práctica clínica.
Por lo tanto, los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental para garantizar y disminuir los peligros detectados del afectado y familia a través de una cultura integradora de seguridad y confianza, con la finalidad de disminuir la presencia de eventos adversos fomentando el cuidado y la evitación de estos. La evitación de caídas en los ancianos ha de hacerse desde una perspectiva holística del afectado, adaptándose a su cultura, preferencias y habilidades, siendo el centro de atención de los cuidados.

5 Bibliografía

1. Pujiula Blanch M., y sector Apoc Abs SALT. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad.
Aten Primaria. 2003; 32; 2: 86- 91.

2. Carande-Kulis V, Stevens JA, Florence CS, et al: A cost-benefit análisis of three older adult fall prevention interventions. J Safety Res. 2015; 52: 65-70.
3. M. Lázaro del Nogal, A. González Ramírez, P. Palomo Lloro. Evaluación del peligro de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40: 54-63.
4. M. Lázaro del Nogal. Caídas en el anciano. Med Clin (Barc), 2009; 133: 147- 153.

Capítulo 235

EL CONOCIMIENTO EN ZONAS O ÁREAS RADIOLÓGICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIGUEL ÁLVAREZ COLETO

LUCIANO GALERA MARTINEZ

YOLANDA MAESTRO PRIETO

REGINA ARNAO GARCÍA

SARA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

Se expone lo referente al conocimiento y a la exposición de los aparatos que van a exportar radiaciones ionizantes en el lugar o alrededores de donde se encuentren en el medio sanitario tanto público como privado, sus fines y utilización son diagnósticos y nos podemos encontrar con rayos X, en radioterapia con las bombas de cobalto y en la especialización y dedicación de medicina nuclear con los radionucleidos o aceleradores lineales, por eso existen unos protocolos de señalización estandarizados en todo la esfera sanitaria para evitar posibles y diferentes interpretaciones a la hora de leerlos, visualizarlos y reconocerlos por el profesional sanitario, en lo concerniente a estas áreas de peligro y riesgo en la cual se instalan

y está en ubicación este aparataje siempre y sin excepción son áreas señalizadas conveniente, adecuada y correctamente para que todo el profesional sanitario que pueda estar expuesto reconozca estas señales y este avisado visualmente .

En lo que al publico en general se refiere asimismo se debe de poner la conveniente señalización para que tengan conocimiento de en qué área se encuentran o están transitando y que pueden estar expuestos al riesgo de una posible radiación que existe ya que, dentro de un hospital aparte de los usuarios, pacientes y del profesional sanitario, igualmente trabajan otros sectores de servicios y personal como celadores, cocineros, profesional de lavandería, administrativos, guardias de seguridad…

Esta presencia de radiaciones ionizantes puede llegar a incurrir en riesgos, daños y unos resultados muy negativos para la salud de todos los individuos y asimismo al medio ambiente y ser conocedores de ellos nos evitará estas adversidades.

2 Objetivos

Explicar el riesgo de irradiación y de contaminación, además de las precauciones en servicios sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Clasificación de áreas.
La clasificación de áreas ejecutada por el Servicio de Protección Radiológica se forjará de acuerdo con el riesgo de los individuos que tengan que permanecer en ellas durante su jornada laboral.
La clasificación comprende:

1. Área vigilada. Es la que existe la posibilidad de llegar a recibir, aun no siendo área controlada, cantidades efectivas superiores a 1 mSv por un año oficial o una cantidades superior o equivalente a 1/10 de los límites de las cantidades equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades.
2. Área controlada. Sera la cual en la que existe la posibilidad de recibir unas cantidades efectivas superiores a 6mSv por un año oficial o una cantidades superiores y equivalentes a 3/10 de los límites de cantidades equivalentes para el cristalino, el sistema tegumentario (la piel) y las extremidades (3). Aunque esta área es controlada, sigue existiendo el riesgo dependiendo de su función que debido a ello se precise una clasificación más estricta o restrictiva.
3. pueden existir áreas que en función del riesgo requieran una clasificación más restrictiva.
• Área de permanencia limitada. En ella va a concurrir un riesgo de recibir una cantidad mayor a los límites de cantidades ya fijados.
• Área de permanencia reglamentada. Aquella con riesgo positivo de poder recibir en periodos cortos de tiempo una cantidades muy superior a los límites fijados de cantidades y que requieren especiales prescripciones desde el punto de vista de la optimización.
• Área de acceso prohibido. Aquella en la que la existencia del riesgo es la de recoger en una sola exposición y en una única cantidades superiores a los límites de cantidades fijados.
Señalización
El riesgo de radiación se indica por un símbolo internacional (el trébol), enmarcado en una orla rectangular del mismo color que el símbolo y de la misma anchura que el diámetro de la circunferencia interior del símbolo.
Si sólo hay riesgo de radiación externa y el riesgo de contaminación es despreciable, el trébol se rodea de puntas radiales.
Si el riesgo es de contaminación y el de radiación es despreciable, sobre campo punteado irá el trébol. Si existen los dos riesgos, sobre campo punteado irá rodeado de puntas radiales (5).
También en la señal y en la parte de arriba, se indicará una leyenda con el tipo de área y en la parte inferior, otra nos señalará el tipo de riesgo.
Estos colores en los tréboles nos indicarán su clasificación de la área, irán en orden ascendente al riesgo que se le asocia:
◦ Gris azulado: Área vigilada.
◦ Verde: Área controlada
◦ Amarillo: Área de permanencia limitada
◦ Naranja Área de permanencia reglamentada

◦ Rojo: Área de acceso prohibido.
Las señales se colocarán siempre bien visibles, y en la entrada de las correspondientes áreas y de los lugares significativos.
Se deberá de colocar un cartel indicativo, junto con la señal correspondiente para, en las áreas que no están clasificadas permanentemente
Deberán de proporcionarse a los equipos de rayos X portátiles la identificación adecuada para que sea visible la indicación de riesgo y su naturaleza

5 Discusión-Conclusión

De esta descripción detallada de las áreas de radiación llegamos a la conclusión que las instalaciones de uso de radiaciones ionizantes sus requisitos de restricciones se deben cumplir siempre, se deberá realizar por un encardado la revisión de la instalación, el cual, en lo referentes a incidentes, riesgos o un peligro inminente será el encargado de realizar las actuaciones pertinentes. Las áreas que expiden radiaciones ionizantes tienen que estar adecuadamente blindadas, Este tipo de servicios se procura siempre, que estén alejadas de la áreas de paso habitual de los usuarios o pacientes, suelen estar recubiertas de plomo para evitar el riesgo de fugas, se ben aumentar las distancias en la medida de lo posible y disminuir el tiempo de exposición, por eso debemos como profesional sanitario conocer la señalización y poder identificarla y por supuesto respetar siempre estas señales de advertencia de peligro, así se evitaran consecuencias adversas y accidentes innecesarios.

6 Bibliografía

1. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/radiacio.pdf
2. https://issuu.com/bibliohrs/docs/130201074702d89927eff532498f9f5ef090dfaa77dd
3. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-14555
4. http://www.guiasanitaria.com/2012/07/riesgos-laborales-en-el-sector.html
5. https://www.tecnicaindustrial.es/condiciones-operativas-y-de-seguridad-en-inst/

Capítulo 236

RECOMENDACIONES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE

YOLANDA MAESTRO PRIETO

LUCIANO GALERA MARTINEZ

MIGUEL ÁLVAREZ COLETO

REGINA ARNAO GARCÍA

SARA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

Para emprender a exponer las recomendaciones de la vacunación debemos comentar primero lo que es la gripe: es una infección vírica que afecta y perturba el funcionamiento, sobre todo a la nariz, garganta, bronquios y alguna vez a los pulmones. Normalmente, tiene una estabilidad de una semana y sus síntomas son:

- Rinitis.
- Tos seca.
- Dolor de garganta.
- Subida exponencial de temperatura.

- Malestar, apatía, cansancio general.
- Dolores articulares, y musculares.
- Cefalea.

Algunos individuos, asimismo, logran tener vómitos o diarrea, pero son síntomas más comunes en niños. Se suele transmitir con mucha facilidad de unos individuos a otros a través de pequeñas partículas que expulsamos con la tos y los estornudos.

Suele propagarse muy rápido en forma de epidemias estacionales.

La mayoría de los individuos afectados suelen recuperarse en 1 o dos semanas sin el requerimiento de recibir tratamiento médico, pero en niños pequeños, mujeres embarazadas, individuos de edad avanzada o pacientes con otras patologías médicas graves, la infección logra llevar hacia complicaciones más graves como neumonías, infección de oído, bronquitis, sinusitis o incluso ocasionar la muerte.

Los individuos con casos leves de gripe deben de quedarse en casa y sin tener contacto con más individuos. El mejor modo de prevenir la gripe es con la vacunación anual, pero asimismo, con diferentes hábitos como el lavado de manos frecuente, el estornudar o toser hacia tu codo, así previenes la propagación del virus.

2 Objetivos

- El objetivo principal será el de expresar e indicar la prevención de la población gracias a la vacuna y su función por parte de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se encomienda la vacunación de la gripe, sobre todo a individuos:

- Mayores de 60 años.

- Menores de 60 años con un alto riesgo de complicaciones como menores de 6 meses, adultos con patología renal, diabetes mellitus, patología hepática, cáncer, patologías inflamatorias crónicas, embarazadas.
- Individuos que logren trasmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo.
- Profesionales sanitarios, policía, protección civil, bomberos.

Si el individuo se vacuna, se protege a sí mismo y a los que tiene alrededor. La vacuna de la gripe está compuesta con virus muertos, por eso no te ocasionan gripe cuando te vacunas, solamente logra aparecer un ligero dolor en la zona del pinchazo o un poco de fiebre. La posibilidad de que exista una reacción grave es muy baja, mucho más baja que contraer la patología.

Actualmente, se dispone de vacunas muy seguras y efectivas como las trivalentes o las ayudabas y ahora se han desarrollado las tetravalentes que consienten aumentar la protección sin modificar el perfil de seguridad.

La efectividad de la vacuna logra variar dependiendo al individuo que se le administra, existen dos elementos que juegan un papel importante a la hora de ver la protección de la vacuna:

- Características y particularidades del individuo que se le administra la vacuna (edad, estado de salud).
- Similitud o combinación de los virus que se encierran en la vacuna y los que diseminan en la comunidad.

Los años en que no coincidan los virus de la vacuna con lo de circulación hablamos de que la vacuna no ofrece pocos beneficios o ninguno. Todos los años se ejecutan estudios sobre la efectividad de la gripe y van variando de unos a otros, pero los resultados de los estudios recientes manifiestan que dominan en un 45 % a un 55 % en la población en general.

5 Discusión-Conclusión

Tradicionalmente, las cifras de vacunación en contra la gripe entre los profesionales sanitarios ha sido mucho más bajas de lo deseable, según reflejan los datos oficiales. En los últimos años estas han ido ascendiendo desde apenas el 28 % de cobertura en la temporada 2012/2013 hasta alrededor y en torno al 50 % en la pasada campaña, pero aún dista mucho del objetivo establecido y estimado de la OMS y de la UE, establecido y estimado en un 78 % por lo que evidencian una necesidad de estrategias como logran ser:

Implementar campañas de información y formación sobre la gripe, sus complicaciones y la efectividad y seguridad vacunal. Impartir conveniente formación reglada y cíclica a los trabajadores y profesionales sanitarios sobre la gripe y la

importancia de vacunarse durante la campaña, estrategia especialmente importante en las unidades hospitalarias con pacientes de muy alto riesgo.
Garantizar un fácil acceso a la vacunación: vacunar a los profesionales sanitarios en el propio centro laboral, como un aspecto más de la seguridad y de la salud en el trabajo; programar la vacunación durante varios días en una misma unidad, con un buen sistema de comunicación y citación.
Facilitar a los profesionales sanitarios el acceso a la información para cualquier tipo de consulta o de duda.

6 Bibliografía

1. https://www.saludcastillayleon.es/es/vacunaciones/vacunacion-frentegripeneumococo-
2020-2021/individuos-deben-vacunarse-gripe.
2. https://www.efesalud.com/vacuna-gripe-objetivo-aumentar-coberturas/.
3. https://espanol.cdc.gov/flu/vaccines-work/vaccineeffect.htm.
4. https://medlineplus.gov/spanish/flu.htmlliografía
5. López-Gobernado Miguel, Pérez-Rubio Alberto, Eiros José María. Vacunación antigripal como medida más efectiva para hacer frente al impacto clínico y económico de la gripe. Gac Sanit [Internet]. 2021 Feb [citado 2022 Sep 21] ; 35(1): 103-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000100103&lng=es.
Epub 22-Nov-2021. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.005.
6. Moreno José, De la Hoz Fernando, Rico Alejandro, Cotes Karol, Porras Alexandra. Efectividad de la vacuna contra la influenza: metanálisis de literatura. Biomédica [Internet]. marzo de 2009 [consultado el 21 de septiembre de 2022]; 29(1): 87-97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572009000100011&lng=en.

Capítulo 237

FUNCIONES DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

TERESA TRUJILLO GARCIA

ROCIO ARAQUE JUAREZ

CINTIA DEL HOYO DELGADO

1 Introducción

El servicio de urgencias es aquel al que un paciente se dirige cuando padece una enfermedad de aparición espontánea causándole un desequilibrio biológico, psicológico y social. Presenta una serie de signos y síntomas que le causan malestar y angustia y que le impiden continuar su ritmo de vida normal. No sólo se acude a Urgencias por una enfermedad, también se visita este servicio ante accidentes, ataques de pánico o ansiedad, infartos, ICTUS….
La atención de todo el equipo que lo compone se caracteriza por un alto calor humano, apoyo al paciente para asumir su situación y para llevar a cabo el tratamiento.
Como norma general se califica de igual manera el concepto de urgencias y emergencias pero es conveniente saber qué es cada concepto. Así mismo es aconsejable reconocer cuando la patología que se presenta es factible de acudir a las urgencias hospitalarias o en caso de no poder acudir, cuándo se debe llamar al

112 para su valoración en el lugar indicado, o se puede esperar hasta la cita médica en el centro de salud.
Los servicios de urgencias son servicios abiertos que se encuentran ubicados en los hospitales y se especializan en la atención de todas las personas que necesiten una atención urgente y que tienen capacidad para ordenar el ingreso de ese paciente en una planta de hospital, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder al alta domiciliaria. Su cobertura es de 365 días del año durante las 24 horas del día, cubre a toda la población, dispone de un equipo multidisciplinar altamente cualificado y el marco de actuación se centra en pacientes agudos y graves.

2 Objetivos

- Definir qué es una urgencia y qué es una emergencia.
- Cuál es la forma de proceder en este servicio.
- Reconocer quiénes son los profesionales que realizan su labor 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
Por último se han consultado libros preparatorios del grado medio de TCAE y de preparación de diversas oposiciones.

4 Resultados

Una urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia.
Una emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.
Cuando un paciente accede a este servicio, el primer lugar en el que va a ser atendido será en el servicio de admisión, para ello es necesario presentar la tarjeta sanitaria en vigor, una vez registrado se le entregará la pulsera identificativa y

documentación y se le pedirá que espere hasta que sea llamado. Si el paciente ingresa en ambulancia, serán los técnicos de ésta o el familiar que lo acompañe, quien se encargará de realizar este trámite.

Una vez en el área de urgencias, puede ocurrir que muchas personas requieran de atención médica a la vez y por ello se realiza un triage y así valorar quiénes se encuentran en situación más grave y quién puede esperar. El triage es un proceso de valoración clínica previa a la valoración médica y terapéutica en el servicio de urgencias, lo que permite que la atención al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada. En este momento, generalmente un enfermero procederá a tomar las constantes vitales y los síntomas para categorizar la prioridad de la atención. Tras una entrevista breve y la toma de constantes se establecen 5 prioridades y se cataloga al paciente en una de ellas.

- Prioridad roja: emergencia vital que debe ser atendida de forma inmediata, pues está en peligro la vida de la persona.
- Prioridad naranja: urgencia grave que debe ser atendida en menos de 10 minutos.
- Prioridad amarilla: urgencia cuyo tiempo de atención se puede demorar hasta una hora.
- Prioridad verde: situación considerada como poco urgente y cuyo tiempo de atención se puede demorar hasta dos horas.
- Prioridad azul: situación considerada como no urgente y se puede demorar su atención hasta 4 horas.

Cuando un paciente es catalogado como prioridad azul o verde, se considera que no es una urgencia y que su atención se podría haber demorado hasta la consulta médica en el Centro de Salud o haber sido atendido en las urgencias del propio Centro de Salud.

Tras el proceso de triage el paciente es derivado a la zona de urgencias destinada a atender la especialidad que necesite, así hay zona de pediatría, ginecología, traumatología… o zonas de espera común donde esperarán a que el médico especialista le valore. En urgencias se pueden solicitar análisis de sangre, de orina, gasometrías, radiografías, ecografías, resonancias, TAC… y un número alto de pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico.

Una vez que el examen médico ha concluido, se determinará si el paciente continúa en la zona de observación de urgencias, si se traslada para su ingreso hospitalario, si requiere cirugía urgente o derivación a un servicio especial como UCI, o si es dado de alta para el tratamiento ambulatorio por el médico de cabecera.

En los servicios de urgencias trabajan un equipo multidisciplinar compuesto por administrativos, celadores, TCAE, DUE y médicos especialistas.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto, el servicio de Urgencias de un hospital, es muy completo y dinámico, se atienden todas las edades, desde pediatría, hasta geriatría. Se tocan muchas especialidades, ya que nunca se puede predecir lo que va a entrar por el servicio, puede ser para traumatología, urología obstetricia, cardiología…..aunque sea de manera básica , pero se ven muchos casos diferentes. Es por ello que se considera un buen comienzo para los auxiliares, ya que se ve mucho instrumental , aparatología, técnicas, pruebas diagnósticas y un sinfín de trabajos asociados a este puesto.

Es una buena manera de comenzar a trabajar, aprender a familiarizarse con todo tipo de pacientes, a diferenciar lo que es una urgencia de una emergencia y a poder identificar un poco cual es la rama que más interesa de entre todas las especialidades que se ven.

Aún así cabe destacar que es un servicio muy delicado, donde el personal que trabaja en él está sometido a mucho estrés y presión y en un principio puede resultar abrumante.

6 Bibliografía

- www.hospitalgalencia.com
- www.hguor.com
- Manual de enfermería en urgencias y emergencias. Editorial MAD.
- Guía rápida de actuación en urgencias. Editorial Panamericana.
- Manual de urgencias. Editorial Panamericana.

Capítulo 238

AFECTACIÓN DE MEDULA ESPINAL MUESTRA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANGELINES DEL MAZO SARRO

ALEJANDRA MARTÍN PINILLA

RAQUEL GONZÁLEZ PLATA

ANA VANESSA SANCHEZ URBINA

NOELIA ALONSO FRECHOSO

1 Introducción

La medula espinal a veces se logra ver afectada por traumatismos o lesiones y se les designa como lesiones en medula en general, aunque los orígenes de estas sean originados por motivos diferentes.
Cuando se ocasiona esta lesión de medula logra finalizar y concluir en una parálisis la cual se logra dar en diferentes grados, los cuales se cuantificaran dependiendo de su extensión de los puntos afectados, la primera afectación que se observará, será que suele haber en la mayoría de los casos una pérdida de la sensibilidad, y disfunción vesical Intestinal y sexual, además de las consecuencias psíquicas y por supuesto socioeconómicas que tendrá que padecer el afectado.

Si hablamos de porcentajes están la que mayoritariamente son ocasionadas por traumatismos Aunque siempre va a depender de la localización del daño en las que incluso se podrán encontrar afectados diferentes órganos, si nos referimos a una de las deficiencias más importantes, el 50 % de las lesiones que acontecen las podemos encontrar en primer lugar seria la afectación cervical ocasionando una tetraplejia en segundo lugar nos encontraríamos con las lesiones en las zonas dorsales y las lumbosacras.
Cuando queremos diferencialas se efectuara calibrando su extensión y se les designa como lesiones completas cuando se cortan todas las conexiones en medula por debajo de la lesión con pérdida de la movilidad sensibilidad e inervación autónoma o lesiones incompletas en las cuales existe perseverancia de la inervación total o parcial motora, sensitiva y autónoma.
Las consecuencias que esto logra acarrear serán la pérdida del control de esfínteres tanto intestinales así como vesicales, afectación en la función sexual, sensibilidad y fertilidad lo que llevara a una incontinencia urinaria o espasmos involuntarios, en este punto de la afectación es de suma importancia la rehabilitación.

2 Objetivos

- Ver la implicación d todos los profesionales del equipo de enfermería con los lesionados en medula.
- Exponer una serie de terapias y recomendaciones a la hora de mejorar la calidad de vida de los enfermos con lesiones en medula.

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 ejecutado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, http://www.fundacionhnp.org/
,
seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando se les prescribe a estos enfermos la rehabilitación y la aplicación de terapias, que se ejecutan con estos enfermos la finalidad es mejorar su día a día en su vida cotidiana, donde se trabajara en equipo tanto, médicos, enfermeros, técnicos en cuidados de enfermería, celadores, fisioterapeutas y demás profesionales sanitarios con competencias en estos procedimientos. De lo que nos describen estos enfermos de sus opiniones de las terapias nuevas o de las que ya están implantadas, opinan que, aunque sean procesos lentos porque para ellos es un reto de superación bastante beneficioso y satisfactorio son altamente beneficiosas y el esfuerzo que les requiere merece la pena.

En lo que afectación se refiere y la más evidente es la perdida de movilidad y sensibilidad pudiendo ser total o parcial, lo que al afectado le va a suponer de una serie de adaptaciones y cambios de rutinas en la vida diaria del enfermo, otros factores que logran verse influidos serían, factores como la rehabilitación, la edad, y el estado físico en el que se encuentre el afectado de lesión de medula. El grado de concienciación del enfermo a la hora la recuperación es importantísimo, su motivación y la colaboración del enfermo es lo primordial y por supuesto siempre con colaboración y ayuda así como la dedicación de sus familiares.

Dependiendo que nivel de lesión influyan unos factores u otros, si hablamos de afectación cervical alta, su movilidad logra ser absoluta, aunque en estos niveles existen además problemas respiratorios, en una afectación cervical baja suelen tener mejor equilibrio en la zona del tronco y dependiendo de la lesión podrán manejar las extremidades superiores con normalidad lo que va a contribuir en una mayor autonomía e independencia. Si fuera a nivel lumbar podrían empezar a tener algo de movilidad en la musculatura por debajo de la cintura.

Los espasmos son un síntoma demasiado habitual y frecuente en este tipo de afectación y nos refieren que son demasiado molestos, los espasmos son un incremento del tono muscular y va a asociado a lesiones neurológicas pudiendo llegar a tener rigidez e incluso deformidad en los miembros.

5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que llegamos a través de este artículo, es que es muy importante para la mejora de la calidad de vida del enfermo con lesión de medula y sobre todo si hablamos de que la finalidad será que pueda llegar a tener una autonomía, una independencia a la hora de poderse manejarse en sus actividades de la vida

diaria, por supuesto con las limitaciones que le va a suponer esta afectación, podemos decir que el trabajo en equipo del personal sanitario en conjunto, debe estar protocolizado y adaptado a cada lesión de medula y enfermo y que no todos los lesionados en medula con la misma lesión logran tener los mismos síntomas, con lo cual habrá que adaptase a las particularidades de cada caso siempre en beneficio del afectado de medula.

6 Bibliografía

1. Fernández Pascual Ángela. La médula espinal: el cordón de la vida. Relato de un tetrapléjico por accidente de tráfico. Índice Enferm [Internet]. 2011 Sep [citado 2022 Mayo 06] ; 20(3): 199-202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200013&lng=es.
https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200013.
2. fuhnoainpleo.fundación hnp.org
3. http://www.fundacionhnp.org/

Capítulo 239

ELEMENTOS INFLUYENTES EN LOS CASOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALEJANDRA MARTÍN PINILLA

ANGELINES DEL MAZO SARRO

RAQUEL GONZÁLEZ PLATA

ANA VANESSA SANCHEZ URBINA

NOELIA ALONSO FRECHOSO

1 Introducción

Cuando conversamos de Ulceras Por presión, nos referimos a las lesiones y heridas que se originan en la piel por permanecer y conservarse el enfermo en una misma postura y con presión durante mucho tiempo, lo más frecuente es que se produzcan en las áreas donde los huesos están más en contacto con la piel, llamadas zonas declives, fundamentalmente en la zona del sacro, aunque después irían tobillos, talones y caderas. Logran cursar con graves infecciones y poner en peligro la vida del enfermo creando un gran problema para los cuidadores o el personal sanitario y sobre todo si tienen que guardar reposo absoluto.

Cuando nos referimos a las causas y consecuencias de ellas estas se deben a una presión continua y excesiva en la piel ocasionando ulceraciones y necrosis tisulares. Tiene un contexto clínico muy amplio desde la pérdida superficial de la piel, pasando por las ampollas, hasta llegar a la eliminación del tejido adiposo, músculo, incluso hueso, articulaciones y logra llegar a la muerte del enfermo. Aunque existen otros motivos, el más importante es la presión continuada que no se alivia con cambios posturales, lo correcto sería un cambio postural cada dos horas para aliviar la presión, así como la utilización de colchones anti escaras, segundas pieles, vendajes, desbridajes y muy importantes cuidados hidratantes de la piel.

2 Objetivos

- Observar estas lesiones desde nuestros conocimientos y actuaciones como Técnicos en Cuidados auxiliares de Enfermería
- Analizar los diferentes períodos por los que pasan 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 asimismo se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las fases o estadios por las que atraviesa el proceso y origen de formación de las ulceras por presión serán:
 En el primer estadio es el que se va a ocasionar un eritema, pero la piel perseverará intacta, y va a ser la lesión que emprende la úlcera, el enfermo va a sentir calor, edema e insensibilidad.
 En el segundo estadio es donde se va a dar una lesión un poco mayor y emprende con la pérdida del grosor de la piel y llegando a la dermis, es una lesión superficial que a la observación se la vera como un aspecto de quemadura o agujero, pero superficial.

 En el tercer estadio ya se ha perdido el grosor de la piel, nos encontraremos con necrosis subcutánea del tejido la cual se podría ir extendiendo, hacia dentro, ya se nota un cráter o agujero considerable por debajo del tejido.
En este último estadio comentado, se logra extender la lesión llegando al hueso y acabar con él perforando a su paso vasos musculares y músculos.
Respecto a las evidencias y casos probados, todas siguen los mismos mecanismos de úlceras por presión que logra ser su etiología debida a diversos condicionantes directos y nos encontraríamos con:
 Condicionantes Extrínsecos: se refiere a las fuerzas mecánicas que ejercen de presión sobre el tejido blando y asimismo fricción sobre la piel, causando la deformación del tejido, bloqueando a los vasos sanguíneos y un daño mecánico que lesionaran y perforaran desde la piel a los músculos.
 Condicionantes Intrínsecos; reducción del control autónomo, fibrosis o isquemias locales, la edad del enfermo, la incontinencia urinaria y fecal y la enfermedad de los vasos pequeños.
Nos podemos encontrar con otros condicionantes de peligro como logran ser, enfermos hospitalizados, enfermos con reposo absoluto o con trastornos neurológicos.
Cuando se evidencian estas Ulceras por presión se procede al tratamiento de esta tipología de lesiones que se van a fraccionar en dos tratamientos de abordaje principales:
Estaríamos hablando del Tratamiento considerado como conservador o quirúrgico, medidas de nutrición, aliviar la presión y limpiar la herida y restablecer el estado de nutrición del enfermo siempre con dietas con un alto contenido proteico por su ayuda y estimulación a la formación del colágeno, calórico y vitamínico, hay que controlar si soportara de anemia, para aliviar la presión se logran utilizar, apósitos de espesor de unos 6.
Es siempre recomendable la utilización de colchón anti escaras y cambios posturales con sujeciones (siempre pautadas por el medico), para que el enfermo no se mueva de la postura correcta y no descanse sobre la zona lesionada.
Cuando se aplica el tratamiento local o conservador va dirigido a mantener limpia la zona afectada de sustancias y medicamentos con un desbridamiento enzimático a base de cremas y la aplicación de nuevos medicamentos que hagan que se restructure el tejido celularmente y ayuden a la epitelización.
En el tratamiento quirúrgico lo más importante es ver que el enfermo es idóneo y está en buenas condiciones para la cirugía y que la lesión no tiene tejido necrótico, que el tejido de granulación esté sano y haya evidencias de borde de cicatrización en la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Vemos la importancia de elegir distintas opciones de tratamiento o una tipología de tratamiento u otro o decantarse por una cirugía plástica, para evitar lesiones mayores o reconstruir siempre se va tener en consideración el lugar de localización de la úlcera, motivación de curación y del estado del enfermo.
Siempre tendremos en consideración que el papel del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, va ser de vital importancia a la hora de los cuidados principales en lo que respecta a los cambios posturales, higiene y por supuesto la hidratación que es de suma importancia al igual que ofrecer el apoyo y ayuda a la hora de las curas.

6 Bibliografía

1. Chércoles López Ignacia. Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 2022 Mayo 07] ; 30(4): 210-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400210&lng=es.
Epub 03-Feb-2020.
2. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em enfermos internados em centro de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(6):973-8.
3. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência das úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(4):474-80.
4. Duimel-Peeters IGP, Hulsenboom MA, Berger MPF, Snoeckx LHEH, Halfens RJG. Massage to prevent pressure ulcers: knowledge, beliefs and practice. A cross-sectional study among nurses in the Netherlands in 1991 and 2003. J Clin Nurs. 2006;15(4):428-35.

Capítulo 240

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN

MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA

MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS

MARIA PILAR GONZALEZ CALERO

MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS

MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería como Personal Sanitario desempeña diferentes funciones como ayuda y colaboración, higiene y aseo del paciente, movilidad de pacientes, realización de la cama hospitalaria, etc. Sin embargo su tarea es amplia e ilimitada según los diferentes servicios.
El principal objetivo de la Esterilización es eliminar los microorganismos presentes, incluso los más resistentes, como por ejemplo las esporas, y así poder trabajar de forma limpia y segura no solo para el paciente, sino también para nosotros mismos.
Cabe destacar que una vez que el proceso haya finalizado, el material no puede presentar cambios en su forma física ni en su funcionamiento, por lo que resulta

imprescindible respetar y seguir las indicaciones por el fabricante en el manejo de productos químicos.
Antes de hablar de forma detallada sobre el tema, empezaremos definiendo el concepto de Esterilización, decimos que es un proceso de validación para conseguir material limpio y libre de cualquier tipo de microorganismos.
El trabajo desarrollado en este capítulo hace referencia a las funciones de los mismos en el Servicio de Esterilización y por lo tanto con el manejo de aparatos e instrumental usados para este fin y conocer las diferentes técnicas de esterilización existentes.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es exponer los principales métodos de esterilización que debe utilizar el técnico auxiliar, detallando recomendaciones y el procedimiento adecuado de ejecución de 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Como auxiliares de enfermería, las funciones a desempeñar con respecto a los Métodos de Esterilización son las expuestas a continuación.
A. Métodos Físicos:
- Calor Húmedo, calor seco, radiación y otros.
- Calor Húmedo
- Método rápido, barato y sin ningún tipo de efecto secundario para la persona que lo maneja en la práctica diaria.

A la hora de trabajar con Óxido de Etileno se deben extremar precauciones tales como las expuestas a continuación:
- Instalar los aparatos de esterilización en una zona concreta y determinada con acceso restringido y sistemas de ventilación adecuados.

- Medidas de seguridad como cierres herméticos y control de residuos a nivel ambiente.
- Sistemas de control de dicho gas como concentración, tiempo de exposición, etc.
- Etiquetado e identificación correcta de envases.
- Almacenar el material en lugar limpio y seco.
- Manejo del material por profesional experto en la materia.
- Medidas de prevención para el personal (EPIS, etc.)
- Plan de Emergencias y evacuación por parte del Equipo de Prevención de Riesgos Laborables Plasma de Peróxido de Hidrógeno.

Convierte el Peróxido de Hidrógeno en plasma mediante bajas temperaturas y a través del proceso de ionización.

Se usa con instrumental sanitario a excepción de la celulosa y derivados.

Las fases de dicho método son las siguientes:

- Introducción del material en la cámara.
- Inyección de Peróxido de Hidrógeno.
- Aplicación de Radiofrecuencia generando plasma.
- Programación del ciclo deseado.

En cuanto a la labor de los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería en relación con la esterilización, están estas funciones:

- Ejecutar y llevar a cabo las funciones propias de su categoría.
- Identificar y manejar los productos químicos empleados en el proceso.
- Ayudar y colaborar con el resto del personal sanitario en el ejercicio de sus funciones.
- Identificar y llevar a cabo los diferentes Métodos de Esterilización existentes.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería como personal sanitario es responsable de forma correcta de las técnicas de esterilización citadas con anterioridad, siguiendo las recomendaciones aportadas por el Ministerio de Sanidad.

Además, tiene que revisar el material una vez finalizado el proceso, lo que significa empaquetarlo y almacenarlo en lugar seco y seguro, registrando cualquier tipo de anomalía o incidencia que pudiera haber acontecido.

La Esterilización representa un nivel de seguridad alto no solo para el paciente sino también para el personal sanitario que realiza dicho proceso. Se debe trabajar en condiciones de asepsia, en un ambiente libre de todo tipo de gérmenes y microorganismos, evitando así la llamada “Reacción Cruzada”.

6 Bibliografía

- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- Pubmed

Capítulo 241

TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA FUNCIONES HACIA AL ENFERMO DIALIZADO

RAQUEL GONZÁLEZ PLATA

ANGELINES DEL MAZO SARRO

ALEJANDRA MARTÍN PINILLA

ANA VANESSA SANCHEZ URBINA

NOELIA ALONSO FRECHOSO

1 Introducción

Se debe comenzar diciendo que para llegar al momento en el que un paciente es dializado, se expone en que consiste la nefrología: La nefrología es la especialidad médica rama de la medicina interna que se ocupa del estudio de la estructura y la función renal, tanto en la salud como en la patología, incluyendo la prevención y tratamiento de las patologías renales
Insuficiencia renal: Afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no logran eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.
Diálisis es el proceso artificial mediante el cual se extraen los productos de desecho y el exceso de agua del organismo

La hemodiálisis (HD), como tratamiento de la insuficiencia renal (IR), y la nefrología, como especialidad, surgieron casi simultáneamente.
La primera hemodiálisis exitosa en humanos se realizó en Holanda, en 1945. Las primeras hemodiálisis en humanos las realizó Hass, entre 1924 y 1927: hemo dializó seis enfermos, de 15 a 30 minutos, dado que su objetivo era de probar la seguridad del método. Otros autores, como Nils Alwall (Suecia) y Gordon Murray
(Canadá), durante los años cuarenta, publicaron experiencias exitosas de hemodiálisis.
A mediados de los años cuarenta, la hemodiálisis se había inventado, simultánea e independientemente, en Holanda, Suecia y Canadá, si bien aún con dudas sobre su aplicación y eficacia.
Manejada inicialmente solo para enfermos agudos, la hemodiálisis se convirtió en un tratamiento potencial en la insuficiencia renal crónica gracias a que Belding Scribner y Wayne Quinton, en 1960, y Michael J. Brescia y James E. Cimino, en 1966, desarrollaron el shunt semipermanente y la fístula arteriovenosa permanente, respectivamente. Esto posibilitó en el mundo el sostenimiento y conservación de la vida de millones de individuos con insuficiencia renal crónica y el desarrollo del trasplante renal como una alternativa terapéutica.

2 Objetivos

Especificar las tipologías de diálisis, así como poner en conocimiento el protocolo y pautas de actuación del cuidado de un enfermo en diálisis por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando sistema urinario en especial los riñones dejan de funcionar a consecuencia y derivado a una insuficiencia renal la diálisis consiente regular el equilibrio hidroeléctrico y ácido básico.
En la diálisis intervienen tres procesos químicos: difusión, osmosis y ultrafiltración que sirven para igualar la concentración de los líquidos. Con ello se logra que el exceso de solutos y de agua se desplace desde la sangre al liquido dializado.
Tipos de diálisis:
- Hemodiálisis: Técnica que consiste en hacer pasar la sangre a través de un dializador que lleva un filtro y funciona como un riñón artificial. El dializador elimina los productos de desecho y depura la sangre que vuelve de nuevo a la circulación sanguínea.
Durante este proceso se maneja un anticoagulante para la sangre,
- Diálisis peritoneal: Proceso de filtración artificial que maneja la membrana peritoneal del propio enfermo para el intercambio entre la sangre y el líquido dializarte.
Para poder ejecutar la diálisis peritoneal es preciso insertar en el enfermo un catéter
Protocolos cuidados de enfermos en diálisis:
- El enfermo que debe ser sometido a diálisis debe llevar una dieta pobre en sodio, potasio, proteínas y agua.
- Explicar al enfermo el procedimiento.
- Entregar al enfermo un pijama y una bata.
- Cuando sea preciso ayudar al enfermo en el aseo personal y a ponerse pijama y bata.
- Pesar y medir constantes vitales (tensión arterial, saturación oxígeno y temperatura).
- Registrar peso y constantes vitales.
- Ejecutar el balance de líquidos.
- Vigilar al enfermo durante el proceso de diálisis para poder detectar cualquier problema que surja.
- Vigilar desconexiones o acordamientos del sistema.
- Atender al enfermo en los aspectos psicosociales, favorecer la expresión de los sentimientos y temores del enfermo y su familia.
- Controlar la dieta prescrita por el FEA.
- Una vez finalizado el proceso de diálisis recoger todo el material.

- Cambiar la cama y dejar preparado todo el material para el siguiente enfermo que se deba someter a diálisis.
- Limpiar y desinfectar manejado todo el material .

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería por sus funcione es el profesional del ámbito sanitario que más contacto tiene con los enfermos, por eso es muy habitual que el enfermo le pida que le explique el proceso al que se le va a someter. Por eso es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca todas las técnicas básicas par poder aportar información general si el enfermo la requiera.
Por otro lado, es preciso que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca el protocolo de actuación en enfermos que van a ser sometidos a diálisis. Por ejemplo, si no conoce que la dieta del individuo que va a ser sometido a diálisis no es pobre en agua logra producirle retención de líquidos y la formación de edemas.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. https://www.auxiliarenfermeria. com.
2. https://revistas-portalesmedicos.com
3. https://apuntesauxiliarenfermeria.com
4. Tovar-Muñoz Lucía, Serrano-Navarro Irene, Mesa-Abad Patricia, Crespo-Montero Rodolfo, Ventura-Puertos Pedro. "Más que dolor": experiencia de enfermos dializados respecto a su punción en hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2020 Mar [citado 2022 Sep 20] ; 23(1): 34-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842020000100004&lng=es.
Epub 15-Jun-2020. https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020004.
5. https://www.revistarenal.org.
6. https://www.revistanefrologia.com/
7. https://nefrocruces.com/2016/05/02/historia-de-la-hemodialisis/

Capítulo 242

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA

MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS

MARIA PILAR GONZALEZ CALERO

MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS

MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER

1 Introducción

La atención primaria es capaz de proveer servicios de mucha complejidad y calidad, es capaz de conjugar la centralidad del paciente con su contextualización comunitaria, de manera continuada en el tiempo y con un rol de unión entre los diferentes dispositivos con los que el paciente entra en contacto.
La función principal del puesto de trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería va a ser proporcionar atención al paciente o usuario mediante la prestación de cuidados de enfermería de máxima calidad y seguridad para el paciente, realizando las actividades o técnicas propias de los profesionales de enfermería en un centro de atención primaria, aunque muchas veces esas funciones van a variar dependiendo del centro.

Los centros de salud son el nivel básico de la atención primaria. Se caracterizan por su accesibilidad y la capacidad para bordar íntegramente los problemas de salud más frecuentes y se suele prestar mayoritariamente, en los ambulatorios. Las funciones de la categoría estatuaria de Auxiliar de Enfermería vienen reguladas en los artículos 74 al 85 de la Orden de 26 de abril de 1973 en la que se aprueba el Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es saber las diversas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en Atención Primaria y mostrar la importancia del trabajo en los centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente y en los principales articulos. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de salud forma parte de los profesionales que lo componen: médicos, pediatras, enfermeros, personal administrativo, celadores y personal no sanitario. Todos trabajan en equipo aunque cada uno tiene sus propias funciones. Las del auxiliar de enfermería son:

-Abastecer los medicamentos, material fungible y el instrumental necesario para la atención primaria: recuento de existencias, realizar pedidos, pedir materiales especiales y colocarlos.

-Revisar y reponer medicamentos, material fungible e instrumental necesario para la atención primaria: reponer medicación y material fungible en urgencias, mantenimiento de los carros de urgencias colocando el material y revisarlos periódicamente.

-Recepción, control de temperatura y colocar las vacunas en la nevera.

-Mantenimiento de los aparatos (aerosoles, botellas de oxígeno).

-Desinfectar y esterilizar el material e instrumental sanitario.

-Mantener una buena gestión de los residuos.
-Participar en el proceso de los análisis clínicos con los otros miembros del equipo sanitario: Información y entrega del material para las pruebas de los análisis clínicos y preparar las analíticas domiciliarias y de residencias, recogida de muestras: preparar tubos, etiquetas, codificación y registro.
-Colaborar en los procesos asistenciales: apoyo en curas, sondajes, suturas y técnicas diagnósticas. También apoyo en atención domiciliaria.
-Apoyo en la instrumentalización con los equipos de salud bucodental.
- Colaborar en las actividades de prevención y promoción de la salud.
- Participar en otras actividades acordadas por los equipos de los centros de salud.
-Participar en las actividades formativas del centro de salud.
Como vemos, son variadas y numerosas las funciones a realizar por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Los auxiliares de enfermería no solo desempeñan funciones meramente sanitarias asistiendo al paciente y ayudándolo, sino que también colaboran con el equipo de enfermería y el facultativo, también apoyan al equipo administrativo, en caso de que no hubiese celador, también asumirían las labores de este.

5 Discusión-Conclusión

La atención primaria es el primer nivel del sistema de salud y presta atención integral a las familias dentro de una comunidad y dentro de su área sanitaria.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe poner de su parte y comprometerse con la organización mostrando siempre una posición activa. Si se tiene una autoestima positiva va a facilitar el trabajo y la relación con los demás.
La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria es fundamental puesto que su labor ayuda a las tareas del resto de personal del servicio y da apoyo en los momentos más necesarios al personal médico y de Enfermería.

6 Bibliografía

Serrano Martínez, FJ; Serrano Martínez, J; Cordón Llera, J. Publicado en www.logoss.net
www.scielo.org

Capítulo 243

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS PALEATIVOS

MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA

MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS

MARIA PILAR GONZALEZ CALERO

MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS

MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER

1 Introducción

Los cuidados paliativos son los cuidados a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y otros síntomas, además de problemas psicológicos, sociales y espirituales, es primordial. Los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida, sino que han de aplicarse progresivamente, a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades que tenga en cada momento el paciente y su familia.
El auxiliar de enfermería suele encargarse de tareas básicas como son los cuidados básicos de higiene y confort de los pacientes, la administración de los medicamentos y la supervisión de los signos vitales. También cumple un rol importante en la unidad de cuidados paliativos, donde proporciona un bienestar y confort a los pacientes a sus familiares en las fases finales de la enfermedad terminal.
Cuando el tratamiento curativo ya no cumple su función, se aplica el tratamiento paliativo, cuya meta fundamental no es acortar ni alargar la vida, sino mejorar

la calidad de esta, siendo el verdadero objetivo el enfermo y no la enfermedad Una temprana atención marca la diferencia entre vivir sometido a la enfermedad y vivir a pesar de a ella, dando esperanza tanto al enfermo como a sus familias, disminuyendo las hospitalizaciones innecesarias, así como el uso racional de los recursos sanitarios.

2 Objetivos

Analizar las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave "funciones del auxiliar de enfermería en cuidados paliativos", "cuidados paliativos".

4 Resultados

Las tareas que realiza el auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados paliativos empiezan con el control de la temperatura del paciente y la medicación de la diuresis, pare ello debe anotar las mediciones correspondientes y comunicar a los enfermos si se observa alguna anomalía.
Control de los síntomas. Principios generales:
-Evaluar antes de tratar: además de la causa, hay que evaluar la intensidad, impacto físico y emocional, factores que provoquen o aumenten los síntomas.
-Explicar las causas de los síntomas en términos que pueda entender.
-Estrategia terapéutica mixta: general y específica, fijando plazos para conseguir los objetivos y prevención de nuevos síntomas.
-Monitorización de los síntomas: la correcta monitorización ayuda a clarificar los objetivos, y a mejorar el seguimiento.
-Atención a los detalles: Para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios.
El paciente terminal recibirá una serie de cuidados por parte del auxiliar de enfermería en función de sus necesidades, estas son:

- Higiene diaria: para mantener un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería, el auxiliar de enfermería realiza un aseo general según el protocolo correspondiente, hace las camas y deja la habitación ordenada.
- Alimentación: será adaptada a las diferentes necesidades del paciente y teniendo en cuenta su tolerancia, se puede fraccionar su dieta en varias tomas diarias en pequeñas cantidades sin forzar. Para evitar el estreñimiento se hará hincapié en la ingesta de los líquidos.
- En este tipo de pacientes es muy frecuente la aparición de náuseas y vómitos que intentaremos disminuir animando al paciente a realizar respiraciones lentas y profundas.
- Asegurar que el paciente reciba los tratamientos médicos y farmacológicos para mejorar su calidad de vida y evitar el dolor en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, así como todo el equipo multidisciplinar, debe de ser competente, profesional, con capacidad de empatía, que sepa proporcionar unos cuidados individualizados, con una asistencia total y activa a los pacientes y sus familias y sabiendo que la función médica no es curar, sino aliviar el sufrimiento y ayudar a proporcionar la mejor calidad de vida posible, tanto en hospital, como en centros sociosanitarios o en domicilios.
El auxiliar de enfermería proporcionará al paciente un ambiente relajado posible y así facilitar su descanso y se intentará fomentar la comunicación entre el paciente y la familia, dándoles apoyo emocional en todo momento.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/
- www.auxiliar-enfermeria.com

Capítulo 244

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS

ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO

VANESA INIESTA PULIDO

1 Introducción

Un enema es la administración de un líquido en el recto a través de una sonda .La practica lo hace el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
Las enemas pueden ser de retención de carácter terapéutico o diagnóstico, se usan para introducir medicamentos y el paciente debe de retenerla 30 min. para favorecer su finalidad.

La enema evacuante que se usa en estreñimiento para aliviar molestias, eliminación de la retención fecal, intervenciónes quirúrgicas o tras eliminación de fecalomas.

La fecaloma (impactaciòn fecal) es una acumulación de heces endurecidas que no se puede expulsar espontáneo.

La enema de contraste permite visualizar el interior del intestino grueso despues de introducir un enema de bario.

Los enemas de retención se hacen con aceite de oliva, medicamentos como laxantes y antisépticos, y líquidos con nutrientes y para hidratación.

Las enemas evacuantes se realizan con agua, solución salina, soluciones jabonosa, emulsiones con glicerina, soluciones hipertónicas también comerciales.
Se aplican temperatura corporal 37^{0}C.

En las enemas de contraste con radiografía se utiliza sulfato de bario para detectar afecciones como pólipos o cáncer en el colon y el recto.

Las enemas tienen contraindicacción en casos de peritonitis, apendicitis,cirugía abdominal reciente, trauma abdominal reciente, inflamación abdominal o colitis
.

2 Objetivos

El objetivo es de enseñar el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la administración de los enemas .

3 Metodología

Para hacer el trabajo he hecho búsquedas bibliográficas en Google académico, Medline, PubMed, Scielo, Revistamedica.com
Las palabras clave han sido
Enema, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, estreñimiento, fecaloma.
He buscado contenido de administración de enemas y para que se utiliza.

4 Resultados

La enema se puede administrar por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que por prescripción médica debe de iniciar el procedimiento. El profesional debe de explicar al paciente lo que le va hacer y pedir su colaboración.

El material necesario será:
Sonda rectal; agua templada y jabón neutro; solución salina; sistema irrigador; guantes; cuña; protector de cama;gasas y papel higiénico;material de aseo;soporte del irrigador; lubricante hidrosoluble; termómetro de agua y biombo.

Antes de empezar el protocolo de acción el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe poner los guantes,protejer la cama y colocar al paciente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada).
La solución preparada a 37ºC y el irrigador colocado a altura de 40 cm. sobre paciente.
Lubricar el sondaje rectal,purgar el sistema, antes de introducirlo en el recto, introducirlo (7-10cm.) ,dirigiendola primero dirección al ombligo y después horizontalmente, pedir al paciente que inspire profundamente y espire despacio porque así se logra la relajación del esfinter externo del ano .

Nu se puede forzar la introducción de la sonda, cuando el paciente se queja por molestias o dolor cólico acabamos y recogimos el material.
Si se puede administrar la solución pedimos al paciente que la retenga 10 min . colocar la cuña y ofrecerle papel higiénico.
Después de la evacuación, recoger el material,asear al paciente y dejarlo descansar cómodamente.
Durante e proceso el profesional debe de vigilar el estado del paciente para actuar ante cualquier incidencia.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de anotar en el registro el procedimiento, indicar las características de las heces, cantidad, color, olor, consistencia cualquier incidencia que haya.
El profesional debe de trabajar con suavidad ,preservar la intimidad del paciente y transmitir confianza y tranquilidad .

5 Discusión-Conclusión

La enema se puede utilizar para molestias,estreñimiento, para visualizar el interior del intestino y par administrar medicamentos y nutrientes.
El profesional que se encarga de administrar la enema y que todo salga bien es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y debe de tener los conocimientos suficientes técnicos como prácticos para llevar a cabo el proceso de mejor manera posible.
La enema suele utilizarse en ancianos incapacitados y enfermos terminales de cáncer.
Siempre antes de iniciar el procedimiento se debe explicar al paciente lo que se le va hacer y pedir su colaboración para que la experiencia sea más agradable y eficiente.

6 Bibliografía

Google académico, Medline, PubMed, Scielo, Revistamedica.com, www.mheducation.es
Apuntes técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Capítulo 245

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PARITORIO

ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ

JENIFER CONDE VALENCIA

BEATRIZ CABALLERO GARCÍA

AMADA SANCHEZ SANCHEZ

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

1 Introducción

La unidad de paritorios en el hospital es aquel donde se realiza una atención especializada y unos planes de cuidados, protocolos y procedimientos como elementos para hacer los cuidados de enfermería.
La unidad está dotada de un equipamiento tecnológico y clínico necesario para esta especialidad y está formada de un equipo médico cualificado y formado específicamente en la atención a la mujer embarazada hasta que nace el bebé, ya que la maternidad implica el desarrollo de unas capacidades que no son innatas y por lo tanto requiere la enseñanza de los cuidados, personales como del recién nacido/a.
El personal sanitario que trabaja en dicha unidad es:

-El obstetra: médico encargado de supervisar todo el proceso y verificar que no haya ninguna complicación.
-La matrona: es la principal referente en la sala de partos. Se trata de una enfermera que acompaña y ayuda a atravesar todo el proceso. Ella controla el avance del parto por medio de los tactos vaginales y los monitores fetales, quien suministra goteo si hace falta. En un parto normal, la matrona es la principal responsable, y el médico solo supervisa. Después del parto, la matrona también asesora en la lactancia y primeros cuidados del recién nacido.
-El técnico en cuidados auxiliares de enfermería: su labor es la de asistir al médico y a la matrona. Deberá hacer que el proceso de parto resulte lo más fácil posible, intentando asistir a la parturienta en todo lo necesario y explicándole todo el proceso al que se va a someter.
Es importante que todo el personal cuente con la capacidad humana para que la parturienta se sienta lo suficientemente acompañada, atendida, animada y respetada.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de paritorios.

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.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la unidad de paritorios son:
- Reposición y limpieza de los carros de material fungible y de los armarios de la ropa existentes en toda la unidad.
- Preparar la sala estéril con todo el material necesario.
- Colaborar con las matronas en las dilataciones, anestesia epidural y los partos.
- Asistir al equipo médico.
- Comprobación de los equipos de la sala.

- Recoger el material, limpiarlo y mandarlo a esterilización.
- Reponer el material que haya sido utilizado.
- Atención al ingreso de la gestante, la recibirá junto con la matrona y le explicará el proceso que se va a realizar. Se le indicará donde está el baño, el timbre y se le facilitará una bolsa etiquetada con sus datos.
- Atención en la monitorización, colocando una sábana limpia encima de la ropa de cama para así evitar que se ensucie.
-Le dará un camisón a la paciente, una braga y compresa si lo necesitase y la acomodará en la cama.
- Atención en la dilatación, facilitando a la gestante la colocación de un enema de limpieza y comprobando que la cama permanezca limpia.
- Atención en el paritorio, preparar en la mesa del recién nacido un paño estéril con gasas, unas tijeras curva y la pinza de cordón.
-Acompañará y colaborará con la matrona en todas las técnicas precisas, así como en las exploraciones.
-Ayudará a vestirse al acompañante, facilitando la bata, los guantes, gorro, mascarilla y deberá colocar a la gestante en posición ginecológica en la mesa o silla del paritorio.
- Atención en el postparto, procurando la higiene y el confort de la paciente, ayudarla en el inicio de la lactancia materna, procurando la mejor postura posible.
-Ayudar al celador en el traslado a la cama de la planta hospitalaria.
- Deberá reponer el material previamente utilizado, además de recoger y limpiar la sala de parto, revisando que el instrumental esté completo para la siguiente intervención.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos auxiliares de enfermería son profesionales de la salud y sus funciones se complementan en asistir a otros profesionales sanitarios, como médicos o enfermeros, en el cumplimiento de sus obligaciones. No solo se limitan a asistir las funciones sanitarias de manera estricta, sino que también incluyen el apoyo administrativo.

Está claro que trabajar en el hospital como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es uno de los trabajos más reconfortantes para un profesional que trata de ayudar a los demás. Y hacerlo en un paritorio significa tratar con pacientes llenas de la ilusión y de la esperanza de traer una nueva vida al mundo.

6 Bibliografía

Censanidad.com. www.google.es

Capítulo 246

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ

JENIFER CONDE VALENCIA

BEATRIZ CABALLERO GARCÍA

AMADA SANCHEZ SANCHEZ

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

1 Introducción

Se define a la insuficiencia renal crónica como una disminución progresiva e irreversible del filtrado glomerular, también puede usarse para determinar la situación clínica que se desarrolla por la consecuencia de un descenso significativo de la función renal en todos los niveles, y que se suele manifestar por algunas alteraciones clínicas diversas.

La mayoría de los pacientes suelen pasar asintomáticos hasta que la filtración glomerular desciende hasta un 25% de su función normal. Hasta ese momento es cuando llega a aparecer la sintomatología en ellos: cansancio, acidosis metabólica, anemia, alteraciones del metabolismo de fósforo y calcio.

La insuficiencia renal es una enfermedad progresiva en la mayor parte de los casos.
Con una hemodiálisis adecuada obtendremos unos resultados como: disminuir la tasa de morbimortalidad, buena tolerancia al procedimiento, una mejor calidad de vida, mejorar la supervivencia del paciente, entre otras muchas.
En la actualidad, esta enfermedad está considerada como un problema de salud pública por su incidencia cada vez mayor en la población.
Un adulto que está sano tiene más o menos unos dos millones de nefronas y una tasa de filtrado glomerular de 120 ml/min. Por debajo de 15 ml/min, suelen aparecer los síntomas digestivos y en fases más avanzadas, aparecen los síntomas cardiovasculares y neurológicos.
La IRC puede ser causada por trastornos patológicos en los que interviene directamente el riñón, pero puede llegar a presentar de manera secundaria unas enfermedades sistémicas como son la vasculitis, hipertensión, diabetes, etc. Su evolución está ligada en función de la enfermedad de base.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los pacientes con insuficiencia renal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y el principal buscador de Google.

4 Resultados

La importancia de un tratamiento dietético es de vital importancia, ya que este tiene que cubrir unas necesidades energéticas y nutritivas que requieren los pacientes, además de prevenir y regular la toxicidad urémica y los trastornos metabólicos, para así evitar la progresión de esta enfermedad. La incidencia en la malnutrición en los pacientes, junto con un aumento de patologías cardiacas, infecciones, hospitalización, etc. da más importancia a la alimentación. Las recomendaciones dietéticas en la IRC, son:

• Una de las medidas dietéticas más importantes es reducir la retención de los productos que son de desecho, ya que proceden del metabolismo del nitrógeno.
• Depende del estadio y del tratamiento renal sustitutivo, los requerimientos nutricionales pueden llegar a sufrir alguna variante.
Esto se llega a conseguir, con la reducción de la ingesta de proteínas y el aumento de la ingesta de calorías con los hidratos de carbono:
• El potasio llega a causar graves problemas, por eso los pacientes tienen que conocer los alimentos más ricos en él, poder controlarlos, y conocer cómo pueden disminuir su concentración.
• La sobrealimentación y la ingesta excesiva de agua son las situaciones más frecuentes en los pacientes renales, por lo que las personas encargadas de su educación dietética tienen que reformar e instruir en los peligros que implica un incumplimiento repetido.
• Depende también de la función renal, por eso limitar la ingesta de sal y el aporte hídrico, para poder prevenir la retención de líquidos y la sed.
Dado que no es tan fácil llegar a eliminar de la dieta este tipo de alimentos, el auxiliar de enfermería que trabaja con este tipo de pacientes, debe indicar la mejor forma posible de preparar los alimentos para que pierdan parte de su contenido, para ingerirlos crudos, ponerlos en remojo y cambiar el agua un par de veces. La persona que prepara la comida debe tener unas nociones claras sobre la composición de los alimentos y cómo prepararlos.
Algunos de los pacientes llegan a demandar con insistencia una "dieta modelo" para saber qué pueden comer y que no. Al principio la suelen seguir, pero pronto abandonan esta dieta, por lo que se aconseja dar unas normas dietéticas generales que incluyan alimentos permitidos y los que son desaconsejados.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario de enfermería y de auxiliares tiene que ofrecer e inculcar responsabilidades al enfermo renal. Con una búsqueda de un objetivo, los cuales serán la participación de una forma activa en sus tratamientos, para conseguir que colaboren en su cumplimiento y fomentar en los pacientes un aumento de su autoestima, y una mejor calidad de vida e integración social.
Por eso, el celador debe estar formado correctamente en los cuidados y técnicas para ayudar a los pacientes con insuficiencia renal.
La IRC puede ser causada por trastornos patológicos en los que interviene directamente el riñón, pero también puede presentarse de forma secundaria a unas enfermedades sistémicas como vasculitis, hipertensión, diabetes, etc.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
Pubmed

Capítulo 247

LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y HOSPITALIZACION, ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ

JENIFER CONDE VALENCIA

BEATRIZ CABALLERO GARCÍA

AMADA SANCHEZ SANCHEZ

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

1 Introducción

El Servicio de Hospitalización Pediátrica atiende a los pacientes que requieran ingreso, estos provienen del Servicio de Urgencias, de los remitidos por pediatras externos y del campus, así como por los diferentes especialistas.
Definimos como el triaje de urgencias, al proceso de valoración clínica preliminar antes de la valoración diagnóstica.
Con este triaje debemos conseguir unos objetivos claros como son:
- Que los pacientes urgentes sean atendidos lo antes posible.
- Priorizar con la urgencia de la condición clínica del paciente.
- Determinar el área más adecuada para tratar a cada uno de los pacientes.

Las urgencias es el servicio del hospital en el cual se atienden a pacientes, los pacientes que son atendidos en este servicio, tienen edades comprendidas entre los 0-16 años, incluido, ya que estos pacientes corren mayor riesgo de contraer infecciones y poner su vida en peligro.
El auxiliar de enfermería debe entender y dominar el cuidado de los más pequeños para ayudar de manera efectiva a los demás profesionales sanitarios.
La labor de los sanitarios en pediatría es de vital importancia, pues contribuye a la disminución de las muertes causadas por enfermedades.
La atención a los niños requiere de una adecuada formación, grandes dosis de imaginación, paciencia y comprensión.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es exponer la importancia de conocer los procedimientos básicos para llevar a cabo en urgencias pediátricas y conocer las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Las principales funciones del El técnico en cuidados auxiliares de enfermería
-Conocer al paciente pediátrico, equipos y materiales para desarrollar bien sus actividades de su puesto de trabajo.
-Estar pendiente del paciente y conocerá cualquier signo de alerta que pueda preocupar.
-Saber cuáles son las medidas de bioseguridad
-Conocerá los procedimientos que se le realizaran a cada uno de los pacientes ingresados.
-Tener conocimientos previos para realizar una RCP en un paciente pediátrico.

-Ayudar en lo oportuno al personal de enfermería siempre que lo necesite.
-Recepcionar al paciente pediátrico cuando se instale en la unidad.
-Conocer cuál son las técnicas para el traslado de un paciente pediátrico.
-Preparar la unidad de ingreso del paciente ordenando todo antes y después de su estancia.
-Tener buen talante y ser amable y honesto en su jornada laboral.
-Ayudar al paciente y a sus familiares en todo lo necesario cuando lo precisen.
-Desinfectar y limpiar todos los equipos que sean utilizados en el servicio.
-Cumplir con las normas legales y las de supervisión.

A la llegada de todo paciente a Urgencias, este debe ser valorado inicialmente mediante el triángulo de evaluación pediátrica. Este se compone de:

Apariencia: es el lado más importante, y da una idea de la oxigenación, su alteración puede indicar una disfunción en el sistema nervioso central.

- Tono: cuando no se mueve o está hipoactivo.
- Reactividad: responde poco o nada a estímulos
- Consuelo: irritabilidad o llanto inconsolable.
- Mirada: mirada perdida.

Respiratorio: se puede encontrar alteraciones en el sonido y la respiración y en el patrón respiratorio.

- Ruidos patológicos: ronquido, disfonía, obstrucción de la vía aérea alta.
- Signos visuales, se puede observar taquipnea, postura anormal o cabeceo.

Circulatorios: valorando el estado de la piel podemos hacernos una idea de la perfusión y el gasto cardiaco, ya que la piel será el primer órgano afectado en caso de alteración cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Las urgencias pediátricas engloban gran actividad asistencial, dentro del ámbito sanitario.

Es muy importante saber diferenciar las urgencias pediátricas, con la importancia del Triángulo de evaluación Pediátrica (apariencia, respiratorio y circulatorio) podremos realizar una valoración momentánea, ya que el triaje es la primera toma de contacto con el paciente pediátrico.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería valorarán la repercusión de la hospitalización del paciente pediátrico, para facilitar al niño el cambio de vida y establecer la relación con él y sus familiares para un mejor afrontamiento de los procesos de cuidados que se llevarán a cabo en su estancia.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
https://www.educaweb.com/profesion/enfermero-pediatrico-506/

Capítulo 248

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PACIENTE ANTE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

ALMUDENA ZAMORA LÓPEZ

1 Introducción

Durante el transcurso de una intervención quirúrgica programada es necesario una preparación correcta del quirófano, y de todo el personal que va a estar presente en la cirugía, previamente revisado exhaustivamente todos los materiales y comprobada su esterilización, como también los elementos de seguridad del quirófano siendo este un medio seguro para el paciente.

El TCAE, como parte del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con el resto de equipo multidisciplinar dando apoyo a su actividad y realizando actividades de limpieza, comprobación, colocación y también reposición de material en quirúrgico.
Los cuidados postoperatorios tienen como objetivo primario identificar y tratar inicialmente las posibles complicaciones derivadas de la cirugía y/o de la anestesia. En los últimos años, diferentes revistas científicas han publicado guías de práctica clínica para garantizar unos cuidados globales postoperatorios de importancia y asegurar la seguridad del paciente. Existen avances en el conocimiento

del manejo del dolor y de nuevas modalidades de tratamiento analgésico y estos han sido agrupados también en diferentes guías para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Recomendando para cada uno diferentes tratamientos en los aspectos estudiados.
También pueden existir complicaciones, habiendo problemas que no se pueden predecir. Algunas de esas complicaciones pueden ser infecciones, sangrado excesivo, reacción a la anestesia o un daño accidental durante la cirugía.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es visibilizar la labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería sobre el paciente reintervenido quirúrgicamente.

3 Caso clínico

Paciente de 73 años, no alergias medicamentosas y estudiado en cardiología por trigeminismo ventricular y que se encuentra a tratamiento con betabloqueantes desde hace 5 años. Intervenido de neoplasia vesical hace un año. Acude en reiteradas ocasiones al servicio hospitalario de urgencias con síntomas de cansancio y dolor en el abdomen bajo derecho, acompañando estos síntomas con náuseas, vómitos y pérdida de apetito, siendo diagnosticado de gastroenteritis. La última vez que acude a urgencias le diagnostican mediante las pruebas pertinentes, un plastón apendicular, programando cirugía y se le pauta tratamiento antibiótico previo a la cirugía.
Se le realiza una apendicetomía laparoscópica programada.
El paciente durante las horas posteriores a la cirugía sufre un shock hemorrágico, volviendo a ser reintervenido de urgencia, realizando una laparotomía exploradora. El paciente sufre también un shock séptico secundario, consecuente a la perforación del ciego durante la primera cirugía. Siendo derivado a la unidad de cuidados intensivos hasta conseguir su mejora y estabilización al cabo de una semana, es entonces cuando se deriva a la unidad de hospitalización. Es ahí cuando el TCAE junto con el resto del equipo multidisciplinar comienza su ardua tarea de cuidados.
La familia comenta que encuentran al paciente distímico y nauseoso. Días después se retira sonda nasogástrica y poco tiempo después comienza una mejoría física, con buena evacuación de líquido de los drenajes Penrose, herida quirúrgica y apósito de cirugía limpio. También días posteriores el paciente inicia paulatinamente el proceso de tolerancia realizando una ingesta de líquidos y alimentos.

Pero el estado anímico empeora, no queriendo recibir visitas de la familia, no queriendo dar pequeños paseos por la habitación y despertando en la noche desasosegado, con un notable cuadro de ansiedad, llanto y desesperanza con importante angustia. Siendo consolado y acompañado durante varios momentos por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Trasmitiendo al TCAE sentimientos como impotencia ante la situación vivida y miedo a una nueva intervención quirúrgica.

4 Discusión-Conclusión

El TCAE hace una tarea primordial en colaboración con el equipo de enfermería. El paciente que ha sufrido varias intervenciones quirúrgicas y se encuentra en un estado de desesperanza, siendo este trasmitido al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante sus cuidados, a la experiencia emocional que actualmente está padeciendo. También tendrá una conversación amena y cercana siendo partícipe, explicándole sus dudas.
El TCAE siempre estará con el paciente y proporcionará sentimientos de seguridad y profesionalidad, siempre estando alerta de todo cambio que suceda en el paciente. Estando pendiente de su evolución siendo de gran ayuda para su recuperación. Llevando a cabo una minuciosa observación y registro de toda su evolución.

5 Bibliografía

- https://www.auladae.com.tecnicos
del TCAE en quirófano
- MedlinePlus.
- Scielo.

Capítulo 249

FUNCIONES DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL AREA DE QUIRÓFANO

ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ

MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION

MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ

MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS

CONCEPCION GARCIA TOMAS

1 Introducción

La cirugía es parte de la medicina que se ocupa de curar enfermedades y de prevenirlas, por medio de operaciones manuales o instrumentales, es un proceso complicado y repleto de presión para el paciente, los profesionales y para la familia. Como profesionales debemos mantener una actitud serena y calmada hacia el paciente y su familia para que estén lo mas tranquilos y relajados posibles dentro de la situación por la que van a pasar, explicándoles de la manera mas sencilla el procedimiento que se va a seguir en la cirugía.
El área de quirófano debe de estar ubicada en una zona de fácil acceso y tener comunicación principalmente con urgencias y la unidad de cuidados intensivos,

es necesario que cuente con servicios básicos como radiología e imagen, laboratorio, histopatología entre otros. Es una zona hospitalaria de uso restringido por considerarse una zona de alto riesgo y las medidas de limpieza y desinfección deben de ser extremadamente minuciosas. Los profesionales del equipo de quirófano utilizan ropa y calzado específico (bata, gorro, pijama, mascarilla, calzado cerrado con calzas, gafas de protección, etc.). Los profesionales que componen el equipo de quirófano son, cirujano/a, enfermero/a, anestesista, instrumentista, TCAE, auxiliar sanitario y personal de limpieza. Debemos tener en cuenta todos los procedimientos y comprobar que todo este preparado para la intervención.

2 Objetivos

- Describir funciones del TCAE en el área de quirófano.
- Exponer el orden, planificación, dotación de recursos humanos y materiales de un quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para efectuar una intervención quirúrgica segura y efectiva es necesario tener una correcta preparación del quirófano, al igual que una formación perfecta del personal, una desinfección y esterilización adecuada y realizar determinadas precauciones de seguridad para que la zona quirúrgica sea un lugar seguro para el paciente. El TCAE desempeña una función muy importante coordinando el trabajo con enfermería, apoyando su actividad y desempeñando actividades de colocación, limpieza y reposición del material. Dentro del quirófano estamos presentes desde el principio hasta el final de la operación, preparamos al paciente física y psicológicamente para la intervención (resolver las dudas del paciente y familiares), comprobar y preparar el material que se va a utilizar, preparar al

paciente para la intervención(higiene, enemas de limpieza, comprobar el ayuno y limpieza de la zona de la intervención).
Periodo intraoperatorio (tiempo que dura la intervención desde que el paciente entra en el quirófano hasta el traslado a la zona postquirúrgica cuyos cuidados será los siguientes).
Preservar las pertenencias del paciente, apoyar al paciente psicológicamente, facilitar el material que se pida durante la cirugía, cooperar con enfermería cuando necesite realizar técnicas al paciente, ayudar a vestir al resto del equipo, limpiar el material utilizado por anestesia por si se necesita posteriormente, colaborar con la colocación de manta térmica para que el paciente no sufra hipotermia, cerciorarse que el paciente esté colocado correctamente con una posición anatómica correcta y evitar posibles puntos de presión colocando almohadillas y protecciones para evitar posibles caídas, si fuera preciso colaborar con la enfermera en la colocación de apósitos, habilitar la cama para el traspaso del paciente a ella, reunir todo el material utilizado durante la intervención para su correcta limpieza y desinfección según el protocolo del hospital, recoger todo el material desechable utilizado y limpiar el mobiliario y aparataje, organizar con el servicio de limpieza la preparación del quirófano y reponer todo el material necesario para la siguiente intervención, durante el postoperatorio las TCAE debemos asistir y colaborar con enfermería en todo aquello que necesite (suministrar al paciente cuñas y botellas cuando lo precise, controlar los lavados, vaciar y cambiar las bolsas de diuresis cuando sea necesario, cambio de sabanas, toma de temperatura etc. Procurar que el paciente esté lo mas cómodo posible.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del TCAE es de suma importancia en el área quirúrgica para que la intervención sea un éxito, ya que el resto del equipo no podría realizar su trabajo de forma fluida y eficaz sin nuestra colaboración.
Se necesita un equipo de apoyo competente y con mucha capacidad organizativa, se requiere tener un alto nivel de concentración y delicadeza para cumplir órdenes y recibir instrucciones siendo capaces de mantener esta disciplina durante largos periodos de tiempo. Algunas de las aptitudes mas importantes que tenemos que tener las TCAE es la capacidad organizativa, puntualidad, tranquilidad, paciencia, rigor y ser ordenado en el trabajo.

6 Bibliografía

1. ://auladae.com.tecnicas del tcae en quirófano.
2. http://www.auxiliaresenfermeriabcn.net/.
3. Revista médica electrónica portal médica 2013 nursicun clinicainternacional.com.
4. https://aprenderly.com/.

Capítulo 250

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ

MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION

MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ

MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS

CONCEPCION GARCIA TOMAS

1 Introducción

Como personal sanitario que son los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería nos podemos encontrar con diferentes patologías a la hora de atender a un enfermo. Entre ellos nos encontramos con los pacientes de salud mental entre los cuales están los pacientes que padecen de esquizofrenia. Desde nuestras competencias y actuaciones debemos tener los conocimientos adecuados y actualizados a la hora de enfrentarnos a este tipo de paciente, sobre todo en lo referente a conocer los tratamientos a la hora de su aplicación, así como los requerimientos que estos pacientes esquizofrénicos necesitan en relación con sus cuidados y atenciones.

En la medida de lo posible se pretende que puedan iniciar su recuperación cuando se encuentran en fases de brote o aguda, así como en las fases residuales que son en las que están más controlados y pueden empezar su recuperación en lo referente a su autonomía, la realización de las actividades básicas de la vida diaria, como pueden ser llevar unas pautas y rutinas que les hagan sentirse más autónomos, y por supuesto no olvidándonos de la sociedad que debemos trabajar en su reinserción para la realización de actividades, terapias y formas de mantener su mente ocupada y que la enfermedad les sea lo más llevadera posible.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento Farmacológico que pueden necesitar los pacientes que padecen de esquizofrenia.
- Analizar las pautas que debe seguir el Técnico en cuidados de enfermería en lo relativo a esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica ya existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en diversas revistas médicas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas; y consultado también la página oficial de la OMS, revistamedica.com, buscando referencia al enfermo con esquizofrenia.

4 Resultados

Debemos partir de la base de que estos pacientes con esquizofrenia van a necesitar el tratamiento farmacológico toda la vida, aunque los síntomas de los que se le está tratando hayan desaparecido. El principal motivo del tratamiento es con antipsicóticos es que se puedan controlar los signos y síntomas de manera eficaz con la menor dosis posible. Por parte del psiquiatra se decidirá que se puede probar diferentes medicamentos, distintos niveles de dosis o diferentes combinaciones siempre con el paso del tiempo y únicamente con la finalidad de lograr el resultado que se desea. Si hacemos referencia a los antidepresivos y ansiolíticos suelen ser de gran ayuda. Siempre teniendo en cuenta que pueden pasar algunas

semanas hasta poder ver una mejoría de estos síntomas, la terapia psicosocial es también muy necesaria y que puede ayudar tener un mayor control de la enfermedad y dependiendo de los casos a veces pueden requerir hospitalización.
Las actuaciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería respecto a sus funciones en el tratamiento de la esquizofrenia dependerá de la fase de evolución en que se encuentre en ese momento la enfermedad. Si nos encontramos en la fase Aguda de la esquizofrenia las actuaciones a seguir serían:
- Cuidados físicos: Nos ocuparía el mantener la hidratación, nutrición e higiene del enfermo, y proveer y ayudar a la toma de medicación oral.
Si observáramos la aparición de delirios y alucinaciones: debemos ayudar al paciente a ubicarse en la realidad, ganar su confianza escuchando sus ideas, no entrar en contradicción de lo que nos está contando (pero nunca dar a pensar que se aceptan), transmitirle seguridad, intentar llevar un control para que se sigan los horarios de sueño y de la alimentación, evitarle o suavizarle los estímulos exteriores y crear un entorno de seguridad para el paciente.
Si estuviera el paciente agitado o con conductas agresivas tanto físicas como verbales a lo mejor se debería valorar la sujeción mecánica siempre intentando mantener la calma y comunicarse con el de forma suave y nunca perder el contacto visual y dentro de lo posible atender a sus demandas.
Cuando el paciente tiene unas conductas inhibidas: intentar estar presente en intervalos cortos, no aturdirle con palabras, respetar los horarios de comidas, etc. y sería muy beneficioso para distraerle añadir estímulos externos que puedan motivarle: juegos, actividades, etc.
Cuando llegamos a la Fase Residual de la enfermedad en estas actuaciones entrarían la del control de la medicación a nivel domiciliario o ambulatorio, a través de consultas de seguimiento de su enfermedad desde nuestra posición animarle a la participación en las terapias de ocupación crearle obligaciones rutinarias para que esté ocupado y evitar que permanezca largas horas encamado. Con todo esto ayudaremos a favorecer la reinserción social y el contacto con la gente y con la sociedad con lo cual el objetivo general es procurar que el paciente adquiera la máxima independencia para que suban los niveles de autonomía, tanto socialmente como dentro del núcleo familiar, consiguiendo así la mejor calidad de vida posible.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión al trabajo podemos mencionar la influencia positiva que proporcionan los cuidados, ya que se ha demostrado que repercuten en el desarrollo

de la enfermedad. Los cuidados que le pueden proporcionar serían los controles adecuados a la hora de la toma de la medicación y la higiene. También es importante el papel de la familia en la recuperación del paciente, ya que tanto el apoyo familiar hacia el enfermo como su vigilancia y control son fundamentales para que el paciente siga de manera muy estricta el tratamiento. Asimismo es importante que conozcan las consecuencias que se pueden derivar de no tomarlo.

6 Bibliografía

1. Revista médica ocronos. Editorial Científico-Técnica. Guía práctica sobre la esquizofrenia para el TCAE en el servicio de salud mental.
2. Revista electrónica de portales.Com ISSN 1886-8924 Cuidados de enfermería en la esquizofrenia.
3. Diario independiente de contenido enfermero
Grupo paradigma. La enfermería de salud mental y la integración del paciente en la sociedad.
(4). https://revistamedica.com/esquizofrenia-tcae-servicio-de-salud-mental

Capítulo 251

CUIDADOS PALIATIVOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ

MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION

MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ

MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS

CONCEPCION GARCIA TOMAS

1 Introducción

En un país donde el envejecimiento de la población es un hecho, los cuidados paliativos cada vez tienen mayor importancia. Sin embargo, en España, de cada 100.000 personas que necesitan estos cuidados, solo 50.000 los recibe. Este ha sido uno de los primeros temas tratados en el XV Congreso Mundial de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, celebrado en Madrid.
La medicina siempre está en continuo estudio y actualización en lo que avances del proceso de curación de las enfermedades se refiere, pero en muchos casos estos avances desde el punto en que se miren lo que logran es alargar la vida y en muchos de los casos la agonía al saber el paciente que la enfermedad y la muerte es irreversible e incurable y para hacer más llevadero y con menos dolor o sintomatología este proceso de fase terminal de una enfermedad nos encontramos con los cuidados paliativos.

Para que se considere terminal esta fase de la enfermedad se tienen que dar una series de diagnósticos y requisitos que deben ser conocidos por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como son la edad del paciente, saber si esa enfermedad es incurable o que no existe tratamiento o respuesta para ello, todos estos datos los adquirimos de los informes y de los partes de enfermería al igual que el tratamiento. Debemos estar informados en todo momento del proceso que estamos atendiendo, se considera que está en fase terminal cuando su pronóstico de vida se prevé que no superará los seis meses.
Definición de cuidados paliativos propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos: el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». Destacaba que los cuidados paliativos no deberían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias. Posteriormente, la OMS ha realizado una ampliación a la definición de cuidados paliativos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la atención integral tanto al enfermo en fase terminal como a sus familiares.
- Explicar cómo podemos garantizar el cuidado en todo el proceso de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros 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 Técnico en cuidados auxiliares de enfermería mantendrá un seguimiento y especial cuidado de todo el proceso por el que el enfermo está pasando, conociendo siempre qué sentimientos o incertidumbres tiene en ese momento y en base a ello nos adaptaremos a la hora del realizar nuestras funciones. Hacemos referencia a esto porque no es lo mismo que necesite cuidados físicos que psicológicos o apoyo y compañía, ya que nuestras competencias abarcan todos los campos del cuidado holístico.

Nuestras actuaciones en el proceso de los cuidados paliativos a la hora del trato con el paciente en fase terminal, como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería serán mantener una mentalidad abierta y una comunicación honesta y realmente sincera con el paciente y sus familiares, durante lo que dure nuestra atención del proceso, respetando en todo momento sus derechos y decisiones y por supuesto nunca juzgando ni entrando en contradicciones. Además, tener en cuenta a la hora de la comunicación con el paciente y sus familiares que no debemos olvidar que nuestro cuerpo, miradas gestos, posición de manos y tono de voz dice un 80% más de lo que estamos expresando verbalmente y si estamos dando mensajes contradictorios podemos crear una confusión nada beneficiosa para el paciente o sus familiares.

Se deberá alentar a los familiares a realizar actividades que ayuden en el cuidado del enfermo haciendo partícipe al mayor número posible de familiares, puesto que el haber contribuido en la atención del paciente evita los sentimientos de culpa y favorece reconciliaciones por parte de los más allegados. Una de las premisas más importante a la hora de estar con el enfermo es la de no crear falsas ilusiones ni dar falsas esperanzas a los familiares, ya que dificultaría el afrontamiento a la realidad que están viviendo.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y como profesionales sanitarios, no nos podemos olvidar de que uno de los objetivos importantes dentro de los cuidados paliativos es, además de los cuidados físicos, los psicológicos y no solo en la atención al paciente sino también a sus familiares. Por todo ello, está demostrado en evidencias que el proceso de estar en una situación de fase terminal es difícil para el enfermo por su mal pronostico, pero para los familiares es una intranquilidad e incógnita del que va a pasar ahora.

Para afrontar estas situaciones es de vital importancia la correcta formación y la

actualización de conocimientos en los Técnicos en cuidados de enfermería, ya que solo así se podremos ofrecer una atención de calidad, atendiendo a cada una de las necesidades que se vayan presentando a lo largo del proceso en los pacientes y familiares.

6 Bibliografía

(1). https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-desarrollo-de-loscuidadospaliativos-una-asignatura-pendiente-DDIMPORT-050126/.
(2). https://cuidadospaliativos.info/los-cuidados-paliativos

Capítulo 252

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO

ALMUDENA BETETA RUBIO

IVÁN GONZÁLEZ CANO

LUISA MARIA RONCERO TOLEDO

MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON

1 Introducción

Se trata de un tipo de enfermedad, la cual tiene un tienen origen microbiano y llega a afectar tanto a los pacientes como a personal laboral. Este tipo de infecciones son un serio problema tanto de salud pública como económico, ya que conlleva a unos gastos, que se derivan de los tratamientos médicos que acarrean. Cada una de este tipo de infecciones, están causadas por un dispositivo médico o por un procedimiento invasivo. Por eso fundamental establecer unas normas y prácticas específicas para ayudar a reducir al mínimo estas infecciones, así como hacer una revisión y actualización constantemente de dichas normas y prácticas y vigilar que se cumplen.

Definimos a las infecciones nosocomiales como un tipo de infecciones que son adquiridas durante la estancia en el hospital de los pacientes, este tipo de infecciones no presentan un periodo de incubación antes del ingreso hospitalario de

un paciente. Estas infecciones suelen desarrollar a más de 48 horas después del ingreso, por eso se consideran infecciones nosocomiales.
Es fundamental su prevención, ya que estas infecciones son una de las principales causas del aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad.
Existen cuatro tipos de infecciones nosocomiales, las más frecuentes son:
- La neumonía
- Las infecciones de heridas quirúrgicas.
- Las infecciones urinarias.
- La infección primaria de la sangre.

2 Objetivos

Los principales objetivos de estos capítulos son exponer el papel de los Auxiliares de Enfermería ante la prevención de una Infección Nosocomial.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y los principales artículos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave "infecciones nosocomiales".

4 Resultados

Las enfermedades nosocomiales son aquellas afecciones que no están presentes ni en un periodo de incubación previo al ingreso hospitalario o la recepción de servicios médicos, estas son adquiridas durante la estancia o la exposición en un hospital o centro sanitario.
Entre las medidas de prevención de las distintas infecciones nosocomiales, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, se encuentran: o Infecciones de la herida quirúrgica:
• A la hora de tratar una herida debe ser con guantes y con las manos bien lavadas.
• Controlar que el material estéril se encuentre en condiciones.
• Desinfectar el ambiente quirúrgico.
• Rasurar del campo operatorio (depilar con crema depilatoria).
• El material de curado de heridas debe ser desinfectado correctamente.
• Control de las condiciones ambientales de quirófano.

• Aplicar antisépticos en la zona del campo operatorio, protegiéndola posteriormente de paños estériles antes de llegar al quirófano o Infecciones urinarias:
• Evitaran las desconexiones entre la sonda y la bolsa para mantener el circuito cerrado.
• Buena preparación higiénica del paciente prequirúrgico.
• Mantener una buena higiene de la zona.
• Fijación de la bolsa de diuresis a la pierna si fuera necesario para evitar los desplazamientos de uretra.
• Extremar todas las medidas de asepsia a la hora de un sondaje.
• Emplearan el sistema de vaciamiento de la bolsa de diuresis que se encuentra en la parte inferior a la hora de vaciar la bolsa.
• Lavado de las manos antes y después de manipular una sonda vesical.
• Antes de sondar, debemos llevar a cabo una correcta desinfección de la zona perineal.
• Infecciones respiratorias:
• Lavado correcto antes y después de atender a un paciente intubado o traqueotomizado.
• Aplicación de unas correctas técnicas de aislamiento respiratorio cuando sea necesario.
• Mantener las correctas condiciones de higiene de los circuitos respiratorios.
• Sustitución frecuentemente los humidificadores.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes y sus fluidos corporales independientes al diagnóstico del motivo de su ingreso o por el motivo por el cual haya tenido que ir a un hospital o centro de salud, deben ser considerados como potencialmente infectantes y se tienen que tomar las precauciones necesarias para ayudar a prevenir que ocurra transmisión.
Dentro de las funciones de los auxiliares de enfermería (TCAE) en el ámbito de este tipo de enfermedades, es muy importante, ya que puede ayudar a reducir las enfermedades hospitalarias en un porcentaje considerable.
Es de vital importancia hacer un control y unos cuidados para evitar la propagación de las infecciones nosocomiales, siempre realizando unas buenas prácticas de higiene individuales a cada paciente, y asepsia en las zonas más críticas y establecer protocolos de aislamiento.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 253

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS EN PACIENTE CON COLOSTOMIA

ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO

ALMUDENA BETETA RUBIO

IVÁN GONZÁLEZ CANO

LUISA MARIA RONCERO TOLEDO

MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON

1 Introducción

Una colostomía es una parte del colon o parte de intestino grueso, que aboca al exterior a través de una apertura artificial que se realiza en la pared abdominal. Este tipo de estomas pueden ser definitivos o temporales. Temporal es aquel que cuando una vez está resuelto la causa que la produjo, se restablece el tránsito intestinal. En cambio, será definitivo, si no existe posibilidad de una reconstrucción.
Los principales objetivos del auxiliar de enfermería con un paciente colostimizado, es ayudar a que el paciente lleve una vida normal, después de someterse a este tipo de intervención quirúrgica, ayudándolo en los cuidados e higiene del estoma; y en la reinserción en su vida social.

Las colostomías las podemos clasificar según afecten al paciente, entre ellas pueden ser:
• Colostomía permanente, cuando se realizan de por vida.
• Colostomía temporal, cuando se realizan por un periodo corto de tiempo.
En función de que parte del colon afecta, las podemos clasificar en:
• Colostomía descendente o sigmoidea. Esta es realizada en el lado inferior izquierdo del abdomen. Es el tipo más común de colostomía
• Colostomía transversa. Esta es realizada en la parte superior del abdomen, y permite que las heces dejen el cuerpo antes de alcanzar el colon descendente. Generalmente, es una colostomía temporal.
• Colostomía ascendente. Se realiza en el lado derecho del abdomen, y necesita un mayor cuidado que con la colostomía transversa.

2 Objetivos

Conocer los cuidados necesarios en los pacientes con colostomía y el papel de los auxiliares de enfermería cuando se exponen a ellos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en 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 "cuidados paciente con colostomía".

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe tener ciertas precauciones para conservar la integridad cutánea y del estoma, entre estos cuidados nos encontramos:
• Realizaran todos los cambios de bolsa que sean necesarios.
• Retiraran la bolsa suavemente, siempre limpiando y secando la piel periostomal.
• Estarán pendientes de cualquier aparición de úlceras o hemorragias
• No utilizarán soluciones con alcohol y agua oxigenada.
• Vaciado de la bolsa cuando esté llena hasta un tercio de su volumen total.
• Evitaran cualquier presencia de estenosis en el anillo del estoma.
• No frotar la piel.

La colostomía es el resultado de una intervención para conectar el intestino al exterior del cuerpo, a través de un orificio llamado estoma, este se queda protegido por un cierre adhesivo, una bolsa y un tubo, la bolsa se encarga de recoger las deposiciones. Esta es una solución que llega a ser temporal o permanente y requiere que el paciente tenga que aprender a vivir con una colostomía.
El auxiliar de enfermería juega un papel muy importante, no solo se encarga de la limpieza de la misma del estoma solamente, también enseña a los pacientes para la correcta autonomía, también determinar qué tipo de ostomía se le ha realizado y la localización de esta, tipo y tamaño de la bolsa que porta y que se debe usar y las sustancias que hacen una barrera para la piel. Debemos de tener en cuenta las reacciones que puedan mostrar en los pacientes, como pueden ser sangrando en el estoma, alergia a los adhesivos y los enrojecimientos en la piel.
El paciente colostomizado tiene que seguir los consejos en cuanto a la realización de una higiene corporal correcta, buena práctica de actividad física, una correcta alimentación, uso adecuado de ropa, etc.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en relación a los cuidados y precauciones, debe tener unos conocimientos adquiridos imprescindibles para el tipo de cuidado que necesitan los pacientes con una colostomía, entre los que destaca una correcta higiene de la colostomía. Se debe mantener una correcta relación entre el paciente y el auxiliar de enfermería, ya que esto es un factor que favorece y ayuda a mantener una situación más cómoda, cuidar y favorecer la autoestima del paciente.
Un paciente colostomizado tiende a sufrir muchos problemas a nivel psicológico, tener que portar una bolsa de colostomía en el abdomen, tiene repercusiones a nivel social para el paciente.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/
- www.auxiliar-enfermeria.com

Capítulo 254

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS TRAUMATISMOS EN LAS EXTREMIDADES

ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO

ALMUDENA BETETA RUBIO

IVÁN GONZÁLEZ CANO

LUISA MARIA RONCERO TOLEDO

MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON

1 Introducción

Los traumatismos son lesiones o heridas físicas que sufre el paciente en sus órganos y tejidos, estos son debidos a una fuerza aplicada de forma directa o indirecta sobre el cuerpo, se puede provocar un traumatismo osteoarticular o muscular. Existen varias lesiones traumáticas, entre las que destacan las lesiones de en las extremidades como los esguinces, las luxaciones y las fracturas.
El pronóstico depende del tipo de traumatismo, la zona afectada y la gravedad. Un traumatismo grave puede llegar a incapacitar a la víctima o incluso provocar su muerte. Los traumatismos más sencillos se recuperan a los pocos días. Hay varios síntomas que podemos valorar en el caso de un traumatismo físico. Entre

estos podemos reconocer: dolor, hemorragia, disnea, desorientación, pérdida de consciencia, shock, hematoma, inflamación, edema y dificultad de movilidad.
Los principales tipos de traumatismos en las extremidades y cuidados correspondientes son: esguince, luxación y fractura.
Podemos distinguir entre dos tipos de traumatismos, según la zona afectada distinguimos:
- Traumatismos auriculares: estos son aquellos que afectan a las articulaciones, como pueden ser los esguinces o las luxaciones.
- Traumatismos óseos: estos afectan al hueso, como son las fracturas completas, las fisuras, etc.

Encontramos traumatismos de cráneo y cara, de la columna vertebral y politraumatismos.

2 Objetivos

Explicar los principales tipos de traumatismos que se pueden producir en las extremidades y cómo actúan los auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura sobre los traumatismos en las extremidades. 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

Una fractura se define como una pérdida en la continuidad del hueso, es decir, que el hueso sufre una rotura ya sea completa o incompleta.
Una fractura si se acompaña de una herida se define como fractura abierta. Sus síntomas suelen ser dolor intenso que aumenta con la movilidad en la extremidad, inflamación que comienza en el punto de fractura y que luego se extienden, deformidad en la extremidad comparada con la extremidad no afectada, impotencia funcional y enrojecimiento de la zona como consecuencia del hematoma.
Los traumatismos más frecuentes son aquellos que afectan a las extremidades, estos no son situaciones de riesgo vital, pero si no se atienden con urgencia puede ocasionar discapacidades muy importantes. Para diagnosticar un traumatismo

será importante una interrogación, observación y exploración física por parte del médico especialista.
Los principales tipos de traumatismos en las extremidades y cuidados correspondientes son:
1. Esguince.
Consiste en la separación momentánea de las superficies articulares que producen un estiramiento en los ligamentos, generalmente después de realizar un movimiento forzado de la articulación en un sentido determinado. Sus síntomas suenen ser dolor localizado en el punto de la lesión, inflamación de la zona e impotencia funcional.
2. Luxación.
Se define como la separación mantenida de las superficies articulares, es decir, una articulación ha quedado desmontada. Sus síntomas suelen ser dolor intenso como consecuencia de la tensión mantenida, inflamación de la articulación, deformidad articular comparada con la extremidad no afecta, impotencia funcional de la articulación.
3. Fractura.
Una fractura puede presentar una serie de complicaciones que se pueden incrementar si la actuación no se realiza de forma rápida, entre ellas encontramos: hemorragias, lesiones internas provocadas por el extremo del hueso roto y shock.

5 Discusión-Conclusión

Los traumatismos más frecuentes son aquellos que afectan a las extremidades, estos no son situaciones de riesgo vital, pero él no atenderlos con urgencia puede ocasionar discapacidades importantes. Para diagnosticar un traumatismo será importante una interrogación, observación y exploración física por parte del médico especialista.
Existen diferentes tipos de traumatismos en extremidades y su manejo es diferente. A partir de un análisis previo resultará muy importante buscar una posible hemorragia. También se deberá revisar si se ha producido daño en los nervios, tendones, músculos o huesos, además de un posible daño a órganos.
Se pueden realizar algunas pruebas para ayudar al diagnóstico médico, como puede ser una radiografía o un TAC. Es fundamental identificar qué tipo de traumatismo estamos tratando para poder aplicar lo más rápido posible el diagnóstico y tratamiento que se va a realizar al paciente.

6 Bibliografía

http://www.revistamedica.com
Pubmed www.scielo.org

Capítulo 255

EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGICO/ PEDIATRICO

RUS MARÍA SAIZ ZARCO

MARIA VICENTA TUREGANO MARTINEZ

PALOMA GARCIA LOPEZ

ANGELES VERDEJO LOPEZ

REBECCA DEBORAH AGUILAR MARTÍNEZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos neonatales es un área del hospital que se ubica al margen de las demás unidades, pero cerca del bloque quirúrgico y paritorio. Es de vital importancia el trabajo en equipo, todas las actuaciones giran alrededor del paciente, para poder ofrecer una de calidad asistencial óptima.
Necesita unos cuidados médicos y de enfermería permanentes. Cada box tiene un equipamiento general. En esta además el trabajo en equipo debe ser lo principal y que todos funcionen al unísono para cuidar de los prematuros/neonatos y pediátricos.
El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), al igual que los otros sanitarios del servicio necesitan una formación particular para trabajar en esta unidad, aunque no exista una especialidad reglada como tal. En la distribución

jerárquica también aparece como en el caso de los facultativos, la figura del supervisor, como responsable de enfermería. Se trata de una unidad especializada en niños desde su nacimiento hasta la adolescencia, 14 años.
También es muy importante involucrar a los padres en los cuidados de sus hijos ya que así se sentirán más activo en la mejora y para los niños no se pierde ese vínculo y puede hacer que su evolución sea mejor en esta estancia.

2 Objetivos

Identificar los conocimientos y las habilidades que se necesitan para proporcionar una atención integral al niño, en situaciones específicas y de vital compromiso. Identificar los distintos miembros que forman parte del equipo en un servicio de UCI-NPDT
Identificar las tareas a realizar de la auxiliar de enfermería (TCAE)

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, cursos de formación, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos es multidisciplinar ya que engloba a cualquier patología médica o quirúrgica que ponga al paciente en una situación de compromiso vital y que pudiera ser irreversible. La dinámica de las Unidad, es el trabajo en equipo, persiguiendo todos los mismos objetivos, ofrecer la mejor calidad en los cuidados a nuestros niños. El niño llega a la unidad de cuidados intensivos pediatrica, procedentes de diversas areas del hospital; urgencias, paritorio, planta…
Las patologías más frecuentes en neonatología del R.N. prematuro son: gran prematuridad, sufrimiento fetal, cardiopatías, enfermedades infecciosas, ictericia; enfermedades respiratorias como distres respiratorio, bronquiolitis o neumonía.
Se utilizara el criterio del nacimiento o de la edad gestacional para asignar una nomenglatura:Pretérmino; neonato de 24 a 36 semanas de gestación, recien nacido/neonato de 36 a 42 semanas. En la actualidad, se usan indistintamente los términos neonato prematuro y neonato pretérmino. Tambien existen los CIR

niño que su crecimiento se ve ralentizado desde el embarazo, niños que nacen con bajo peso al nacer, que el bebé nazca con bajo peso o sea prematuro, deberá pasar a la incubadora correspondiente para que, de este modo, sean controladas sus constantes vitales, peso, temperatura, nivel de oxígeno, respiración, y ritmo cardiaco, entre otros
Las patologías más frecuentes en niños pediátricos son: traumatismos, intoxicaciones, accidentes de tráfico accidentes domésticos, postoperatorios complicados.

Al llegar a la unidad el equipo multidisciplinar informara y empatizara con los padres para intentar disminuir en lo posible el estado de angustia y ansiedad al que se enfrentan, trasmitiendo tranquilidad y confianza.
En el momento de ingreso se informa a los padres de las normas de la Unidad y se les entrega, folleto informativo, donde se detallan las normas de la Unidad, visitas, horarios etc. A los padres de niños R.N. se les entrega también la información sobre el Método Canguro.
El equipo de enfermería (Due y Tcae) deberán comentar incidencias con el turno saliente, comprobar pulseras identificativas, comprobar el estado del niño verificación de estado y parámetros del monitores, comprobar el buen funcionamiento de los respiradores y equipo de aspiración, tomar y registrar constantes cada 3h. Aplicar los cuidados necesarios para mejorar el estado de salud y el confort del niño relacionado con la higiene y el peso. Preparar analíticas, ayudar a realizarlas y cursar, aspiración de secreciones y cambio de incubadoras y limpieza de esta cuando precise, en todas las actuaciones que precise. La auxiliar de enfermería (Tcae) tiene que preparar biberones, las tomas serán cada 3horas o cuando indique el médico Neonatologo, recoger y conservar la leche materna, administrar alimentación oral, reponer material y ropa lencería, pañales, llevar el instrumental a esterilización.

5 Discusión-Conclusión

La unidad neonatal está atendida por un equipo multidisciplinar, del cual forma parte el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Las funciones del TCAE consisten, entre otras, en proporcionar cuidados básicos al recién nacido, relacionados con la higiene, la alimentación y el bienestar en general, así como colaborar con los demás profesionales del equipo en sus tareas. Sin embargo, dichas funciones están condicionadas por las circunstancias que rodean a cada paciente, y también por las competencias que se atribuyen al TCAE en cada comunidad autónoma, e incluso en cada centro de trabajo.

El TCAE es el profesional que más contacto tiene con el paciente, por ello debe estar muy atento a cualquier cambio o alteración que observe en él, y comunicarlo inmediatamente al personal de Enfermería.
También es fundamental para ayudar a los padres a participar en los cuidados del neonato, facilitando su aprendizaje y fortaleciendo los lazos afectivos y la relación padres-niño.

6 Bibliografía

GAI Albacete protocolo
TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos
Escrito por José Félix Martínez López https://revistamedica.com/
https://www.revista-portalesmedicos.com/

Capítulo 256

PRIMEROS AUXILIOS EN CENTROS EDUCATIVOS

MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO

VANESA INIESTA PULIDO

1 Introducción

Los primeros auxilios se basan en estar y actuar en el momento y en el lugar del hecho, ayudando a cualquier persona que, ha sufrido una enfermedad inminente o se ha producido un accidente.

Auxiliar como la palabra indica, hasta que lleguen las unidades especiales. Es básicamente garantizar que sus constantes vitales se mantengan y no empeorar su estado general. Solo realizaremos lo que realmente vaya a ser de ayuda y estemos seguros.

Es importante que los maestros o docentes estén capacitados en primeros auxilios, principalmente en educación infantil, debido a que suele haber un porcentaje mayor de accidentes en estos alumnos.
Obteniendo estas capacidades para solucionar cualquier situación peligrosa que se pueda presentar en los centros educativos infantiles, ludotecas, guarderías, colegios de verano, campamentos se repercutirá de manera positiva en el ámbito educativo.

Hay cursos dirigidos a todos aquellos profesionales de la educación que deseen tener muchos mas conocimientos para subsanar con rapidez e inmediatez

cualquier situación con los alumnos, y para aquella persona que quiere obtener mayor cocimiento.

Así con este tema intentaremos proponer unos objetivos y una metodología que lleven al educador o a cualquier persona vinculada al ámbito educativo a tener los conocimientos necesarios para enfrentarse a todo tipo de situaciones en las que se pueda necesitar primeros auxilios.

2 Objetivos

Exponer las pautas de actuación en cuestión de primeros auxilios en centros educativos

3 Metodología

La metodología que se utilizará es la búsqueda de información a través de diferentes páginas web en internet así como artículos de investigación referentes a primeros auxilios en centros educativos y su exposición y desarrollo a través de unos objetivos.

4 Resultados

PAUTAS DE ACTUACIÓN P.A.S.

- Proteger: Analizar el estado y actuar en consecuencia.

- Avisar: Dar aviso a los servicios de emergencias.

-Socorrer: Una vez protegido el paciente y avisado el servicio de emergencias y mientras llega, es el momento de socorrer.

-CONCEPTOS BÁSICOS DE PRIMEROS AUXILIOS:
-Evitar la muerte.
-Evitar atragantamientos.
-Aliviar el dolor y la ansiedad.
-Facilitar la llegada de los servicios de emergencia.

Hay que intentar mantener la calma y ser rápidos, proteger a las victimas, llamar al 112 en caso de emergencias, atender al paro cardiorrespiratorio y o a la

comprensión de una hemorragia, no dejar a la víctima sola, no administrarle ni comida, ni bebidas, ni medicamentos, comprimir una herida si la tiene y sobre todo no movilizar a la víctima.

- ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL NIÑO:
La anatomía patológica del niño se compone de:

-El esqueleto.
-Sistema muscular.
-Sistema nervioso.
-Órganos sensoriales.
-Otros sistemas del cuerpo humano.

PRINCIPALES ENFERMEDADES INFANTILES:

-Enfermedades infecciosas.
-Enfermedades bacterianas.
-Enfermedades respiratorias.
-Afecciones del oído.
-Enfermedades de la piel.
-Enfermedades de los ojos.
-Patología urinaria: infección urinaria.
-Patología abdominal: apendicitis.
-Patología de la sangre: anemia.
-Anorexia.
-Diabetes Mellitus o tipo I.
-Enfermedad Celiaca.

PRINCIPALES ACCIDENTES EN UN CENTRO EDUCATIVO:
-Actuación frente a los accidentes infantiles se realizan cursos con la intención de reforzar sus conocimientos en la prevención y actuación en caso de accidentes. Un porcentaje muy elevado de lesiones o accidentes se desarrollan en periodo escolar, siendo las mas comunes caídas y golpes.
Se desarrollan proyectos de educación para la salud.
-A continuación cito algunos de los accidentes que pueden suceder un centro educativo:
-Lipotimia o desmayo.
-Heridas y hemorragias.
-Contusiones, caídas y golpes.

-Quemaduras.
-Golpe de calor, insolación e hipotermia.
-Deshidratación.
-Congelaciones.
-Traumatismos.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR:
-El botiquín escolar.
-Traslado de un accidentado a un centro sanitario.
-Actuación ante situaciones comunes.

5 Discusión-Conclusión

Toda persona que se encuentre en un centro educativo, bajo mi punto de vista debe estar cualificado, preparado, habiendo realizado cursos, casos prácticos, debido a que es un tema en el cual se pueden salvar muchas vidas dependiendo del nivel de gravedad de lo ocurrido.

En mi opinión creo que no hay suficientemente gente cualificada ‘para esto y se deberían impartir cursos obligatorios, ya que un sanitario no es el único que debe saber de este tema, porque cualquier persona le puede pillar en el momento y lugar apropiado u se pueden salvar muchas vidas o cosas que son leves no pasen a ser mas graves.

6 Bibliografía

Para realizar este capitulo me he basado en mis conocimientos y también en estos documentos.

-Repositorio.vam.es
-escuni.es
- Rededuca.es
-Blog.quida.es

Capítulo 257

EL TECNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES EN CASOS DE ANAFILAXIA

ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA

PAOLA LORENZO GALDÓN

ROCIO SANTIAGO BERNABÉ

MARÍA LÒPEZ REOLID

INES JIMENEZ CEBRIAN

1 Introducción

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica de rápida evolución, llegando a causar hasta la muerte, por lo que el reconocimiento precoz de los síntomas es crucial. Son los medicamentos, las picaduras de himenópteros y los alimentos, los principales causantes de cuadros anafilácticos, aunque cualquier agente o sustancia es capaz de activar de forma directa o indirecta las células implicadas en su desarrollo, como: el látex, el ejercicio físico y el frío.
Se diferencia de la alergia en que la extensión de la reacción del sistema inmune es mucho más generalizada y grave. A pesar de la alta prevalencia de enfermedades alérgicas, este cuadro es muy poco frecuente, se estima en un 1% de la población.

Los pacientes que tienen mayor riesgo de presentar anafilaxias graves son aquellos con antecedentes de asma o de enfermedades cardiovasculares.
Cuando el ser humano se expone a determinadas sustancias químicas, el sistema inmunitario desarrolla sensibilidad, y al volverse a exponerse es cuando se puede presentar una reacción alérgica a los pocos minutos que desencadenará el cuadro clínico de anafilaxia, si no se actúa rápidamente, debido a que el sistema inmune libera sustancias químicas al sistema vascular, que ocasiona el descenso de la tensión arterial y la afectación de las vías respiratorias, entre otros síntomas, produciéndose lo que se conoce como shock anafiláctico.
El TCAE, como miembro de un equipo multidisciplinar profesional, dará apoyo al equipo de enfermería y a los facultativos en todas las necesidades que pudieran surgir ante un caso de anafilaxia, velando por la rápida recuperación del enfermo, observando que pueda respirar adecuadamente, curando las heridas en la piel que puedan aparecer, entre otras funciones.

2 Objetivos

- Explicar brevemente el concepto de anafilaxia, sus síntomas y principales características.
- Determinar cuáles son las funciones que debe de realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante pacientes en casos de anafilaxia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuadros anafilácticos pueden tener como factor desencadenante los siguientes:
- Alimentos como: pescados y mariscos, frutas, leche, frutos secos, mariscos y pescado, etc.

- Medicamentos como: penicilina, morfina, antiinflamatorios no esteroideos, contrastes radiológicos, etc.
- Polen, alérgenos inhalados, caspa animal, el veneno de insectos como avispas, abejas, hormigas rojas, etc.
- El látex, el frío, deporte.

Los síntomas son variaros, pudiendo afectar a varios órganos al mismo tiempo, estos son los siguientes:
- Digestivas: puede provocar dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea.
- Cutáneos: enrojecimiento en la piel, picores en las palmas de las manos y plantas de los pies, genitales y cuero cabelludo, aumento de la calor, y urticaria, así como hinchazón de la cara, párpados, labios, de los genitales u otras zonas.
- En las vías respiratorias: sensación de tener un cuerpo extraño en la garganta, dificultad para tragar, congestión y picor nasal, estornudos, voz ronca. Si afectara a los bronquios, se llegarían a producir broncoespasmos, lo cual llevaría a que se cerraran los bronquios, dificultando el paso de aire.
- Cardiovascular: mareos, pérdida de conciencia, taquicardia, bajada de la presión arterial, pulso débil, palpitaciones.

El shock anafiláctico tiene lugar de forma rápida, con un cuadro clínico diverso, en el que el enfermo tiene sensación de que va a morir, y aunque su diagnóstico es generalmente clínico, también hay algunos parámetros de laboratorio que ayudan al diagnóstico como son las determinaciones séricas de histamina, el cual es el primer mediador que se eleva en sangre, aproximadamente a los 10-15 min de comenzar los síntomas, y triptasa, el cual puede detectarse a los 30 min de iniciarse el cuadro y alcanza su valor máximo entre 1-2 h después.
En los niños, lo normal es que los cuadros anafilácticos estén provocados por alimentos, más en concreto en menores de 6 años, aunque la mortalidad es mayor en adolescentes, considerándose de riesgos los frutos secos, alergias alimentarias y asma, adolescencia y alta sensibilización con Ig, siendo la rapidez en la aparición de los síntomas, directamente proporcional a la gravedad de la reacción.

La prevención de la anafilaxia, cuenta con los siguientes pilares básicos:
1/ Evitar el contacto con las sustancias que causan esta reacción grave;
2/ Ponerse en contacto con los facultativos cualquier reacción que aparezca.
3/ En caso de tener alergia a los insectos que lo pueden causar, tomar medidas como pulsera repelente, llevar llaveros o tarjetas con la alerta médica, estar seguro de los alimentos que se ingieren, portar autoinyectables sabiendo su uso correcto.

Ante una urgencia médica se siguen los siguientes pasos, en los que el TCAE ayuda en todo lo necesario de forma rápida y eficaz:
1/ La posición a tener en cuenta depende de los síntomas que presente el paciente: en presencia de disnea deberá situarse en sedestación semiincorporada (fowler o semifowler), y en el caso de pérdida de conciencia y respiración espontánea, en posición lateral de seguridad.
2/ Tratar con oxigenoterapia, con mascarilla facial, independientemente de su situación respiratoria, manteniendo una saturación >95%.
3/ Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias, la respiración, la circulación sanguínea y el estado de conciencia y aplicar la adrenalina, que es el medicamento más eficaz, ya que de ello dependerá la supervivencia, administrándose de forma intramuscular, preferiblemente en la cara anterolateral del muslo.
4/ También podrán aplicarse antihistamínicos o corticosteroides, y un broncodilatador si el espasmo de los bronquios no cede después de la administración de la adrenalina.
5/ Ante una parada cardiorrespiratoria se iniciarán maniobras de reanimación cardiopulmonar y se colocará al paciente en Trendelenburg.

5 Discusión-Conclusión

La anafilaxia es un cuadro de rápida evolución, en el cual, si no se actúa rápidamente y a tiempo, los pacientes pueden llegar a fallecer, es por ello que un diagnóstico precoz y el adecuado tratamiento, dan lugar a la existencia de mínimas secuelas y más casos solucionados con éxito. El medicamento de elección para el tratamiento de un shock anafiláctico es la adrenalina, ya que actúa rápidamente y mejora la mayoría de síntomas de la anafilaxia, pudiendo salvar la vida del paciente.
El TCAE prestará toda su colaboración para resolver la emergencia de la forma más rápida posible, actuando con celeridad y cuidando al paciente dentro de sus funciones, observando el tipo de respiración, si presenta vómitos, pérdida de conciencia, taquicardia, bajo pulso, urticaria, picores, etc., de ahí la necesidad de que esté debidamente formado en este tema

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss.
2. Libro Auxiliar de Enfermería Editorial Mad.

3. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : auxiliar de enfermería, TCAE, funciones,
4. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/puesta-al-dia-en-anafilaxia-en-pediatria-reconocimiento-y-manejo/
5. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-shock-anafilactico/

Capítulo 258

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES EN CONSULTAS EXTERNAS

ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA

PAOLA LORENZO GALDÓN

ROCIO SANTIAGO BERNABÉ

MARÍA LÒPEZ REOLID

INES JIMENEZ CEBRIAN

1 Introducción

El servicio de consultas externas es el conjunto de materiales, profesionales y actividades con una estructura organizativa bien definida, de carácter ambulatorio, con la finalidad de atender las demandas de salud de los pacientes, llevando a cabo la promoción, defensa y restitución de la salud a través de la gestión de la citación de consultas, la recogida de los datos necesarios para la identificación del paciente, etc.
Además, es un servicio muy importante dentro de cualquier hospital porque no solo sirve de enlace entre los servicios de Urgencias y Hospitalización, sino que también permite el seguimiento de pacientes hospitalizados, existiendo tres vías de acceso:

1. Desde el propio hospital: para realizar un seguimiento, ya sea porque el paciente estaba en el Servicio de Urgencias o ingresado en planta.
2. Derivado por el médico de cabecera porque encuentra necesario que sea atendido por un especialista.
3. Desde otros hospitales, por no tener la especialidad que necesita el paciente.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, en las consultas médicas de atención especializada, tiene como objetivo, ayudar de forma asistencial al paciente, al médico y a la enfermera, debiendo de mantener la consulta limpia y recogida, con el material necesario, reponer el almacén, preparar todo para la visita de cada paciente, así como ayudarlo a desvestirse, vestirse, moverse o colocarse en la camilla si no pudiera por sí mismo, etc.

2 Objetivos

- Definir el concepto de consultas externas y sus características principales.
- Describir el papel del TCAE y sus funciones dentro de este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos:Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como vimos en la introducción, el paciente puede acceder de tres formas a este servicio, para ser tratado por los médicos especializados en cada rama de la medicina, para poder diagnosticar su patología, para la realización de pruebas y todo tipo de operaciones, o como seguimiento de enfermedades ya diagnosticadas, todo ello con el fin de conseguir la pronta recuperación de la salud de los pacientes, o por lo menos paliar el dolor, evitar secuelas o evitar que aparezcan enfermedades secundarias.

El Servicio de Consulta Externa ofrece atención a pacientes ambulatorios en las especialidades de: endocrinología, cardiología, traumatología, cirugía general, cirugía plástica, gastroenterología, coloproctología, ginecología, neumología,

neumología pediátrica, neurocirugía, neurointervencionismo, cirugía hepatobiliar, neurología, ortopedia, otorrinolaringología, urología, cirugía de tórax, cirugía vascular periférica, cirugía cardiovascular, cirugía bariátrica, cardiología intervencionista y anestesia.

Además, es importante que en ella siempre exista una evolución tanto a profesional de todos los trabajadores que integran este servicio, tanto sanitario como no sanitario, como a nivel tecnológico de todo el aparataje y maquinaria sanitaria, todo ello con el fin de ofrecer un servicio asistencial más eficaz, y sobre todo rápido a la hora de diagnosticar enfermedades.

Las funciones del Auxiliar de Enfermería vienen recogidas en los artículos 74 al 84, con las prohibiciones referidas en el artículo 85, del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social, en su Art. 81 se expone: "En el Departamento de Consultas Externas de las Instituciones Sanitarias Cerradas corresponde a las Auxiliares de Enfermería: ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en su cometido respecto de aquellos enfermos susceptibles de hospitalización y, en general, realizar todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario".

El TCAE en Consultas Externas llevará a cabo una serie de funciones:
- Lo primero que debe hacer en su turno laboral será verificar la agenda y el listado de pacientes según día, hora, médico responsable, sala, etc.
- Recoger la documentación que aporte el paciente, observando que está en dicho listado.
- Informar al paciente y su familia del número de consulta, si existe retraso, ubicación de la sala de espera, médico responsable, etc.
- Colaborar con el médico, ayudar al paciente para que pueda ser explorado, manteniendo su intimidad, así como ayudar al equipo de enfermería en cuestiones de vendajes, sondas, curas.
- Ayudar en la cogida de las citas al paciente, incluso en coordinación con otros servicios si fuera necesario.
- Una vez terminada la consulta, explicar los documentos que se le han dado al paciente si tuviera dudas, y recomendar las preparaciones ante pruebas diagnósticas.
- Esterilizar los materiales utilizados, desechar los que no puedan ser reutilizados, limpiar los carros de curas, aspiraciones, caudalímetros, camillas, etc.
- Observar si hay que reponer el material fungible, papelería, medicamentos o

ropa de lencería.
- Deberá notificar deficiencias y averías a la supervisora.

Pero el TCAE, también sabrá, como en cualquier otro servicio del hospital, que existen unas labores totalmente incompatibles con el cuadro legal de sus funciones:
- Ayudar de manera directa en consultas a un médico.
- Administración de medicamentos por vía parenteral.
- Realizar punciones, escarificaciones, o demás técnicas invasivas que sean preventivas o de diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Las consultas externas es un conjunto de medios técnicos, organizativos y humanos, formando un servicio polivalente, con múltiples especialidades de la medicina, cuyo objetivo es la atención al paciente de manera profesional y eficaz, buscando mejorar su calidad de vida, sirviendo de enlace entre los servicios de urgencias y hospitalización.

El TCAE es el encargado de reponer el material que se necesite en la consulta, ordenarla, lavar el instrumental antes de enviarlo al servicio de esterilización, llevar la agenda, recoger el volante de cada paciente y comprobar que está citado, ayudarlo si fuera necesario para vestirse, desvestirse o colocarse en la posición adecuada, ofrecer las siguientes citas, etc., una variedad de funciones que dan luz sobre la importancia de la formación y actualización por parte del TCAE sobre todas estas funciones y procedimientos para poder realizarlos de forma adecuada y con la mayor profesionalidad, siempre en beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.revista-portalesmedicos.com
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : auxiliar de enfermería, TCAE consultas externas, funciones,.
3. https://formacionactivaprofesional.blogspot.com/
4. Consultas externas cronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
5. Servicio de Consulta externa: experiencia | Clínica Shaio
6. Libro Auxiliar de Enfermería. Editorial Mad.

Capítulo 259

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL SINCOPE

ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA

PAOLA LORENZO GALDÓN

ROCIO SANTIAGO BERNABÉ

MARÍA LÒPEZ REOLID

INES JIMENEZ CEBRIAN

1 Introducción

El síncope es un estado de pérdida de conciencia transitoria que se produce al reducir temporalmente el flujo sanguíneo al cerebro, considerándose frecuente en la población, provocando una caída repentina de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Cuando una persona lo sufre, suele presentar los siguientes síntomas: náuseas, piel pálida, mareos, visión de túnel (el campo de visión se estrecha hasta que solo ve lo que está en frente), sensación de calor, frío, humedad y sudor, bostezos y visión borrosa.
Se caracteriza por producirse de forma rápida, pero con una duración corta, no excediendo normalmente de los 20 segundos, siendo la recuperación espontánea

y total, en la que la persona se encuentra igual a como estaba antes de que se produjera, diferenciándose por tanto del concepto de muerte súbita. Es importante no confundir la verdadera pérdida del conocimiento con otros problemas como ansiedad o mareos.
El TCAE ante un paciente que acaba de sufrir un síncope, deberá cerciorarse del estado de conciencia, colocará al paciente tumbado con los pies por encima de la cabeza para favorecer el riego sanguíneo al cerebro, procediendo a tomarle la tensión y a realizarle un control glucémico, así como estará pendiente que esté cómodo, supervisando que no hay empeoramiento de los síntomas.
No existe un tratamiento específico para el síncope porque es autolimitado, y puede recuperarse por completo en la mayoría de los casos, lo más importante es comprobar que tenga pulso y respire espontáneamente, después se cuidarán de las heridas o golpes que haya podido sufrir si a causa de la perdida de consciencia se ha caído.

2 Objetivos

- Definir el concepto de síncope, los factores de riesgos y su tratamiento.
- Desarrollar el importante papel que el TCAE representa en cuidado de pacientes que han sufrido un síncope.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los síncopes pueden ser debidos a:
- Causas cardiológicas: arritmias, insuficiencia cardíaca.
- Causas neurológicas: Parkinson, demencias, infecciones.
- Otras causas: tos, orinar, masaje del cuello, por hipoglucemia, por un esfuerzo o ejercicio físico, emociones sobrevenidas, por intoxicación por sustancias o medicamentosas, manipulación de los ojos debido a intervenciones quirúrgicas

o por apretarlos fuertemente, por deshidratación (por vómitos, diarrea o fármacos), por alteraciones transitorias de los reflejos responsables de mantener una presión arterial suficiente que aporte una llegada de sangre adecuada al cerebro, de ahí que la presión baje de forma brusca, produciendo un síncope vasovagal.

Para diagnosticar el síncope se llevan a cabo una serie de pruebas para ver cuál fue la causa que lo provocó:
1/ Electrocardiograma o eco cardiograma: nos sirve para delimitar si el origen es cardíaco.
2/ Electroencefalograma o tac craneal: nos permite acotar si el origen es neurológico o si se ha producido un accidente cerebro vascular.
3/ Realizar test de laboratorio junto con una analítica para observar los siguientes parámetros:
- Hematimetría: para observar si existe anemia.
- Sodio, potasio y glucosa.
- Gasometría arterial si hay dificultad respiratoria.
- Enzimas cardiacas: se van a analizar mediante métodos de quimio luminiscencia.
- Urea y creatinina.
- Test de embarazo.

El equipo de enfermería con la ayuda del TCAE actuará de la siguiente forma:
- Colocar al paciente en posición de Trendelemburg para realizarse la monitorización del nivel de conciencia, del estado respiratorio (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, etc.) y del estado circulatorio: coloración de la piel, tensión arterial, frecuencia cardíaca, etc.
- Si hiciera falta, se realizarán otras pruebas como: electrocardiograma, canalización de una vía venosa, analítica, gasometría, etc. Si al hacer el control de la glucosa, da una cifra inferior a 70 mg dL sabremos que se ha producido por niveles bajos de azúcar, dándole al paciente, si está consciente, un sobre de azúcar puro (hidratos de carbono de acción rápida) y unas galletas (acción lenta), si está inconsciente, se le pone una vía administrando bajo preinscripción médica glucosa al 50%.
- Dependiendo de la gravedad, el equipo de enfermería y médico podrá valorar otras pruebas, preguntando al paciente o familiares por como sucedió, intentando tranquilizarlos, reduciendo su ansiedad y siempre respetando la dignidad del paciente.
- Tras el suceso, se le informará al paciente que debe de reconocer los síntomas para identificarlo en próximas ocasiones y así poder evitarlo o por lo menos que se pueda sentar o tumbar para no caerse cuando pierda el conocimiento. Se le

recomendará que no permanezca en aglomeración o sitios calurosos, no tenga emociones fuertes, descanse, haga ejercicio moderado, y evite la ingesta de alcohol o comidas abundantes.

- Si se ha producido relajación de los esfínteres, el TCAE procederá al aseo, ayudándole a cualquier otra actividad que el paciente no pudiera hacer por sí mismo.
- Existe una maniobra que pueden parar el síncope, la cual pretenden producir aumento de la presión arterial, consistente en cruzar las piernas, tensionando los glúteos, contracción isométrica de las manos y tensar los brazos.

5 Discusión-Conclusión

El síncope es un trastorno en el que se pierde de forma momentánea la consciencia derivada de la falta de sangre en el cerebro, se suele resolver de manera espontánea y sin ninguna secuela en cuestión de minutos, siendo los principales síntomas: mareos, visión borrosa o pérdida de visión momentánea, temblores, palidez, etc., lo que permite a la persona tener tiempo para sentarse o tumbarse evitando caídas o golpes.

El equipo de enfermería y el TCAE deben conocer los signos de alerta que lo preceden para así empezar a tratarlo y que no surjan mayores complicaciones, tomándole la tensión, el grado de azúcar en sangre, la saturación de oxígeno, la realización de una analítica, vigilando que los síntomas van desapareciendo, descartándose alteraciones cardíacas o neurológicas. El TCAE deberá realizar una inspección ocular para valorar la existencia de lesiones derivadas de una posible caída y si respira con normalidad.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : TCAE,
3. Redacción médica. Síncope. Disponible en https://www.redaccionmedica.com.
4. https://www.hgc.es/es/pacientes-visitantes/consejos-salud/cardiologia/sincope-vasovagal.
5. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-de-enfermeria-en-pacientes-con-sincope

Capítulo 260

LAS MUESTRAS POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ

INMACULADA MONTOYA LOPEZ

CRISTINA GONZALEZ AMAT

ROCIO PRIETO RUBIO

ANA BELEN LARA ARAQUE

1 Introducción

El material biológico es cualquier material de origen humano. Las excreciones, secreciones, líneas celulares, tejidos, líquidos y aislamientos de cultivos y las muestras biológicas son una cantidad limitada de estos materiales. Una de las funciones del TCAE es colaborar en la recogida de estas muestras, así como en su manipulación, conservación y transporte.

El TCAE debe conocer las técnicas de recogida de orina tanto en adulto como en niños, la técnica de recogida de heces y la de esputo, debe saber explicar al paciente cómo se realiza la técnica en cada uno de los casos, como se realiza una correcta higiene genital en el caso de la recogida de orina para urocultivo por ejemplo o recoger las muestras en el caso de que el propio paciente no pueda hacerlo, ya sea porque esté encamado o por cualquier otra razón.

El TCAE debe conocer las técnicas para ayudar al paciente a la recogida de la muestra, como por ejemplo recomendar al paciente que beba abundante agua en las horas anteriores a la recogida de la muestra de esputo para facilitar la toma de la misma.

La recogida de muestras biológicas es una parte fundamental en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el TCAE forma parte del proceso de la obtención de tales muestras, en este capítulo procederemos a explicar algunos de los tipos de muestras que existen y el papel del TCAE en la recogida de las mismas, centrándonos en la recogida de muestras de orina, heces y esputo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enumerar los principales tipos de muestras biológicas que se recogen.

Objetivos secundarios:

- Conocer las técnicas de recogida, manipulación y transporte.

- Determinar cuáles son las funciones del TCAE en la recogida de muestras biológicas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación y una revisión sistemática y bibliográfica sobre las publicaciones existentes incluidas de bases de datos científicos: Medline, PubMed y Scielo. Los criterios de selección utilizados se basan en artículos publicados entre los años 2010 y 2020 en español y las palabras clave utilizadas han sido: Muestras biológicas, funciones del TCAE, recogida de muestras biológicas.

4 Resultados

Las principales muestras biológicas que se recogen son orina, heces, esputo y forman parte de lo que llamamos “eliminaciones”, además de las eliminaciones hay otras muestras biológicas como son la de sangre, los exudados y el líquido

cefalorraquídeo. En este trabajo nos centraremos en el estudio de las muestras de orina, heces y esputo.

Recogida de orina: Hay varios tipos de recogida de orina, según los datos que se pretendan obtener del estudio de la misma, puede ser una recogida simple de orina, recogida de muestra de una sola micción, recogida de muestra para urocultivo o recogida de muestra para control de diuresis. Para la recogida simple de orina se tomará como muestra la primera hora de la mañana, desechando la primera parte de la micción.

Para la recogida de muestra para urocultivo recogeremos la muestra de la primera orina, desechando la primera parte de la micción, en esta muestra de orina, al contrario que en la anterior debe ser estéril, se realizará el lavado genital del paciente con nuestra ayuda en el caso de que lo necesitara y si el paciente estuviera encamado se tomará la muestra en la cuña o en la botella. La muestra se identificará inmediatamente y se llevará al laboratorio junto con el volante de petición, si esto no fuera posible se conservará la muestra en la nevera.

En el caso de la recogida de orina en niños, esta se hará mediante bolsas estériles y desechables, como en la recogida de orina de adultos procederemos al lavado de manos, colocación de guantes, lavado genital de niños y colocación de la bolsa de recogida de orina infantil, colocaremos el pañal y esperaremos a que el niño orine, la bolsa deberá ser cambiada si en el plazo de treinta minutos el niño no orina y como en el caso de los adultos identificaremos la muestra y la llevaremos al laboratorio.

Para la recogida de muestras de control de diuresis se recogerá durante doce o veinticuatro horas la orina del paciente, para poder así medir el volumen total utilizando para la recogida de la orina en un recipiente de plástico de uno o dos litros que se cerrará con tapón de rosca. En este caso, se desechará la primera micción de la mañana y se recogerá toda la orina hasta la primera orina del día siguiente incluyendo esta.

Los análisis de orina se utilizan para determinar infecciones en las vías urinarias, enfermedades renales y diabetes, en la muestra de orina también se analiza la forma externa, su grado de concentración y lo que contiene. Recogida de heces: Si el paciente es independiente podrá recoger el mismo la muestra, en el caso de que el paciente fuera dependiente el TCAE le colocará la cuña y procederá a la recogida de la muestra. Para recoger la muestra nos lavaremos las manos, nos pondremos los guantes, explicaremos al paciente la técnica que vamos a realizar

colocándole posteriormente la cuña y recordándole que no debe orinar en ella, ya que la muestra se contaminaría y no sería válida. Recogeremos la muestra con una torunda o un depresor lingual y la introduciremos en un frasco que identificaremos con los datos del paciente llevándola posteriormente al laboratorio.

Dependiendo del tipo de estudio para el que se haya solicitado la muestra, esta se recogerá una sola vez o durante tres días consecutivos, en este caso es así porque la recogida de muestra de heces será para el estudio de parásitos. Habitualmente cuando se solicita una prueba de heces se pretende determinar si hay presencia de parásitos o huevos, la digestión de principios inmediatos o la presencia de sangre oculta en heces.

El esputo: el esputo es una secreción producida en los pulmones y los bronquios que se expulsan al toser. La recogida de muestras se hace en un recipiente estéril, como las anteriores técnicas nos lavaremos las manos y nos pondremos los guantes, abriremos el recipiente y le pediremos que tosa y escupa en el interior del recipiente, cerraremos el bote y lo identificaremos con sus datos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos como en todas las técnicas anteriores y enviaremos la muestra al laboratorio lo antes posible.

El análisis de esputo se realiza para estudiar la consistencia, el color, microbiología y el diagnóstico de múltiples enfermedades del tipo inflamatorio, infeccioso o tumoral.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la recogida de muestras biológicas es una parte fundamental para el estudio de la salud de las personas, ya que aportan datos muy importantes sobre el estado de salud de las personas y si los tratamientos que siguen los pacientes son efectivos.

El TCAE debe conocer todas las técnicas de recogida de muestras, ya que forma parte del proceso de recogida de las mismas, así como evitar que la muestra se contamine ya sea porque la muestra no se conserva correctamente o porque no esté identificada como debiera.

Por lo tanto, de una correcta recogida de muestras biológicas dependerá que los resultados sean los esperados, una muestra mal tomada, mal conservada o mal transportada no será viable.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

2. Higiene del Medio Hospitalario, MacMillan Profesional.

3. Manual de la toma de muestras de microbiología (internet) aprobado el 20/05/2014

Capítulo 261

LA MEDICACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA

FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ

INMACULADA MONTOYA LOPEZ

CRISTINA GONZALEZ AMAT

ROCIO PRIETO RUBIO

ANA BELEN LARA ARAQUE

1 Introducción

La técnica de la administración de fármacos es una de las funciones del equipo de enfermería que se realiza en base al mandato médico o de la enfermera, siempre que se trata de medicación oral. Esto conlleva una serie de conocimientos y aptitudes que se deben adquirir para poder realizar esta tarea.

Es necesario evaluar muchos mecanismos fisiológicos y las acciones de cada medicamento en cada persona como individuo. Así mismo se deben conocer los efectos legales de una mala praxis. Es cierto que los técnicos en enfermería como función delegada de un superior jerárquico pueden administrar medicación por vía oral, ya sea de forma natural o forzada. Las vías por las que se administran los medicamentos son los caminos de entrada del mismo al organismo, lo que va a influir en la latencia, intensidad y duración del efecto del mismo.

Por ello es de suma importancia descubrir las ventajas y desventajas de las vías por las que se administra el medicamento y la situación patológica del paciente. El técnico en cuidados de enfermería debe conocer el correcto uso de cómo se administran los fármacos, debe seguir las pautas marcadas por la enfermera para que se dé un uso adecuado de los medicamentos. Esto es primordial para la recuperación de los pacientes en su vuelta a la normalidad.

2 Objetivos

El objetivo principal:

• Exponer los métodos y las pautas para el manejo adecuado de los medicamentos por el profesional sanitario del técnico en cuidados de enfermería.

Objetivo secundario:

Mostrar la importancia de la formación en farmacología para poder administrar la medicación.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre la administración de medicamentos por parte del equipo de enfermería y en concreto por los técnicos en cuidados de enfermería en diferentes bases de datos como Scielo. Utilizando palabras clave como: medicación, enfermería, dosis y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

La administración de los medicamentos de forma pautada por los facultativos requiere que sea hecha de forma correcta. El equipo de enfermería en el que se incluye el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser estricto en el apoyo que presta en esta función delegada. Se debe comprobar que todo sea adecuado: dosis correcta, paciente correcto, vía correcta, medicamento correcto y tiempo correcto.

El técnico debe comprobar que se trata de medicación oral, ya que es la única vía en la que por función delegada se está autorizado. Por otro lado, hay que cerciorarse que se administra en el tiempo correcto. Una posible complicación

puede ser una reacción alérgica, por lo que cuando se administra un medicamento se debe esperar por una posible reacción adversa, sobre todo cuando es la primera vez que el paciente toma dicho fármaco.

Los ingredientes de los que está formado el medicamento atraviesan la piel o mucosas, pudiendo hablar de medicación mediata o inmediata, aunque en el caso de los fármacos que administran los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería la vía de administración es la mediata, ya que se realiza de forma oral.

El médico es el responsable que va a determinar la cantidad de fármaco que el usuario del sistema sanitario va a necesitar, siendo la responsable de administrarla la enfermera o en determinados casos el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que se considera una función delegada según la Orden Ministerial que regula sus funciones. Este personal va a realizar todas aquellas funciones que delegue la enfermera en los técnicos.

A continuación, se van a enumerar las diferentes vías de administración, de los fármacos que pueden ser competencia de los técnicos en cuidados de enfermería:

1. Oral: Desde la boca o sonda nasogástrica al intestino.

2. Sublingual: La medicación se coloca debajo de la lengua hasta que la absorbe la mucosa.

3. Tópica: Sobre la piel, mucosa u ojo.

4. Respiratoria: Únicamente en las vías altas (a través de la nariz.

5. Rectal: A través del orificio anal, como ciertos enemas medicamentosos.

6. Vaginal: A través del orificio vaginal. Ante todo, se debe tener claro que la medicación que es inyectada o pinchada no puede considerarse función delegada por parte del profesional de enfermería. Existe legislación sobre el tema y puede conllevar problemas de intromisión en la profesión.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico en cuidados de enfermería, en base a su formación y a las pautas recibidas por sus inmediatos superiores, puede llevar a cabo la administración de cierta medicación a los pacientes que están ingresados en las diferentes unidades de hospitalización.

De esta manera se logra dar una mejor atención y recuperación a los pacientes del sistema sanitario. Es por eso que dentro de las funciones que realizan estos técnicos, el hecho de formar parte de un equipo multidisciplinar facilita el cuidado y atención integral al enfermo, ofreciendo la calidad en la atención. Se ha valorado que uno de cada seis tratamientos que se administran a los pacientes lleva error.

Esto se basa en los cambios de las vías de administración, confusión en los principios activos o de pacientes, en una palabra, lo que viene siendo la técnica de los 5 correctos.

En conclusión, estos errores se producen por la falta de profesionales en enfermería preparados para ello y la elevada ratio de pacientes en base al personal existente. A veces la ignorancia es muy atrevida.

Existe una gran influencia de factores como el agotamiento sanitario a la hora de preparar la medicación, el hacerlo rutinario, ser ignorante o atrevido.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/vias-tecnicas-administrar-medicamentos-tcae/

2. https://www.docsity.com/es/administracion-de-medicamentos-para-auxiliares/3316082

3. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 262

LAS UNIDADES DE ESTERILIZACIÓN: UNA FUNCIÓN DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ

INMACULADA MONTOYA LOPEZ

CRISTINA GONZALEZ AMAT

ROCIO PRIETO RUBIO

ANA BELEN LARA ARAQUE

1 Introducción

Los microorganismos patógenos son la causa de la transmisión de las enfermedades infecciosas. La esterilización es un método que busca asegurar que el instrumental y materiales a utilizar dentro del ámbito sanitario y hospitalario no contenga ningún tipo de estos microorganismos, que pueden transmitir enfermedades muy comunes en el hospital denominadas infecciones nosocomiales e infecciosas.

La esterilización es la total destrucción de todos los microorganismos y de las formas de resistencia de las esporas, tanto en la superficie del objeto como en

la profundidad de este. Esto en los hospitales se realiza en el servicio de esterilización, un servicio importantísimo.

La central de esterilización consta de dos zonas principales de trabajo, zona de sucio y zona de limpio. La zona de sucio es la zona de recepción, clasificación y empaquetado del material que ya limpio y desinfectado proviene de los distintos servicios del hospital.

La zona de limpio o zona estéril es donde se reciben los materiales que han pasado por los distintos métodos de esterilización, ya sea autoclave, ya sea estufa o bomba de calor y donde se comprueba mediante los distintos testigos en el empaquetado que dicho material está perfectamente esterilizado y sigue los controles establecidos para ser considerado material estéril y apto para ser empleado con el paciente que así lo requiera.

En estas centrales se certifica que todo el material que sale se encuentra en estado de esterilidad después de su procesamiento de acuerdo con los procesos de calidad. Pese a los avances científicos las infecciones nosocomiales están muy presentes en los centros hospitalarios y es a través de la esterilización y desinfección que se lucha contra ellas.

2 Objetivos

• Exponer el conjunto de actividades que se desarrolla en las centrales de esterilización.

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 esterilización debe ser un método seguro y rápido que permite el acceso a todo el material hospitalario. Se trata de tratar el material para asegurarle el protocolo

adecuado para ser esterilizado. Un proceso previo a la esterilización es la limpieza intensa y exhaustiva de todo el material e instrumental, tanto de manera manual como con métodos químicos o físicos estipulados para tal efecto.

Dentro de estas unidades, existen parámetros establecidos que realizan el control físico, el control químico y el control biológico de que el proceso de esterilizado del instrumental se ha realizado de forma totalmente correcta. Es función de realizar esta tarea de todo el personal sanitario, pero de forma específica del técnico en cuidados de enfermería siendo considerada una de las funciones propias del mismo.

Se debe tener en cuenta que el desarrollo de sus funciones se realiza de acuerdo con unos protocolos que vienen establecidos por parte de la medicina preventiva. Para que el método de esterilización sea efectivo debe llevarse a cabo con una secuencia muy regular.

El Técnico en Cuidados de Enfermería debe llevar a cabo las siguientes tareas, para ello se expone el uso del Autoclave: Lo primero es tener a disposición la autoclave vulgarmente llamada matachana, estará listo para usarse cuando alcance la temperatura y presión deseados. Se prepararán los controles para una correcta esterilización ya sean biológicos, químicos o físicos, que dependerán del tipo de carga a esterilizar.

Una vez acabe el proceso, estos controles confirman si la carga está efectivamente esterilizada. Se recibe el material procedente de cualquier quirófano en la zona de sucio a través del montacargas que comunica ambos servicios. El quirófano tiene la obligación de informar si se trata de un paciente infeccioso para poder manejar el material infeccioso sin riesgos.

El técnico en cuidados de enfermería debe protegerse mediante el uso de bata, gorro, mascarilla y doble guante. A continuación, se desmonta la caja y el material, se extraen los filtros, se coloca el material en una batea o cesta y lo se introduce junto a la caja en una solución desinfectante durante 20 minutos según marca el protocolo.

Esto se hace para que el material más pequeño y con recovecos queden los más limpios, antes del lavado habitual, es decir se hace un prelavado del mismo. Una vez han pasado los 20 minutos, sacamos el material de la solución desinfectante y lo metemos dentro de la lavadora donde se limpia con detergente. Mientras la lavadora está en funcionamiento, se suele lavar la caja.

Cuando termine la lavadora y el material ya esté limpio incluida la caja se pasa a la zona de limpio. Dentro de la unidad de esterilización en lo limpio, se comienza con el secado, con un paño y mucho cuidado. Después, vamos a montar la caja con sus filtros para permitir la entrada del vapor y posteriormente se cierra al acabar el proceso. Se pondrá un paño extendido dentro de la caja para colocar el control químico y vamos introduciendo los utensilios limpios y colocados.

Después, se cubre todo con el paño. Se cierra la caja y se coloca un cierre de seguridad con un papel indicador y la fecha del día. Se mete la caja en la autoclave y se espera a que acabe el proceso. Una vez acabe el proceso, se reserva el material hasta que el control que se ha utilizado previamente e introducido en la máquina da negativo.

Cuando se tenga la certeza de que el control biológico es negativo, quiere decir que ese material que estaba sucio y contaminado con una enfermedad infecciosa, efectivamente está esterilizado y está listo para su uso. A continuación, será mandado al quirófano o lugar indicado siempre desde la zona limpia. Se debe seguir siempre el circuito.

Lo mismo se realiza con el resto del material que se recibe del resto de las unidades de hospitalización en base a qué tipo de material se utiliza un método u otro de esterilización, pero se ha expuesto el método de la autoclave debido a que es el más usado dentro de estas unidades. Para material más delicado y flexible al calor se suele usar el óxido de etileno.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la esterilización es un método por el cual se eliminan todos los microorganismos patógenos, susceptibles de provocar una infección nosocomial en el ámbito hospitalario.

La Organización Mundial de la Salud define la esterilización como aquella técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de total de la vida, fulminando todos los microorganismos, tanto patógenos como no, incluidas sus esporas que son muy resistentes.

Siendo en los centros sanitarios y en el mundo sanitario donde uno se conciencia y evita las infecciones o enfermedades y su trasmisión por la contaminación de materiales, instrumental y superficies, tanto para el paciente como al profesional sanitario. Las unidades de esterilización son un servicio especializado que ofrece

sus servicios a todo el hospital.

Por lo tanto, hay que esclarecer que el proceso de esterilización no comienza en estas unidades, sino que comienza con la limpieza del material en cada una de las unidades de los centros hospitalarios, es decir, fuera de las unidades de hospitalización. La esterilización es clave dentro de la medicina preventiva, como método de control de la infección nosocomial que afecta a los hospitales. Los microorganismos pueden pasar a los dispositivos médicos y de ahí al paciente provocando enfermedades.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2.https://medlineplus.gov/spanish/.

2.https://www1.paho.org/PAHOUSAID/dmdocuments/AMRManual_Esterilizacion_Centros_Salud_2008.pdf

3.https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/6dbe2f68f4790
af2f590b86aa1dca2a0.pdf

4. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 263

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y EL RASURADO, DESEMPEÑO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JENNIFER EMILIANA DELGADO FLORES

1 Introducción

La preparación de la zona que va a ser operada y en lo referente a la piel se ejecuta con el objeto de prevenir las infecciones producidas por la flora que coloniza nuestra piel en circunstancias normales. En este procedimiento lo que se ejecuta es remover la suciedad, la grasa, y microorganismos de flora transitoria que se encuentran en la piel y llegar a controlar mediante soluciones antisépticas a los microorganismos residentes que son la población bacteriana, que reside en los folículos pilosos y que no son eliminados con el lavado rutinario habitual.

La adecuada preparación de la piel nos va a permitir reducir el riesgo de infecciones de la herida operatoria asociadas a estos procedimientos invasivos, mejorando como consecuencia, la calidad de la atención de los enfermos, para ello el aseo de la zona quirúrgica es de vital importancia en la zona operatoria y zonas circundantes, deben estar limpias, sin residuos, libres de suciedad y así la flora bacteriana quedara reducida a niveles mínimos.

Los estudios además demuestran que la infección disminuye en gran consideración al acortar el tiempo de ingreso preoperatorio del enfermo dentro del Centro Asistencial. El aseo siempre se debe empezar antes de la preparación quirúrgica de la piel (1).

2 Objetivos

- Describir los pasos y pautas, así como el material a utilizar para la preparación de la piel
- Exponer el rasurado como parte esencial de la prevención de infecciones y de la preparación antes de la intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

A continuación, describiremos por zonas, como se debe proceder a la hora de rasurar y de que el procedimiento sea lo más higiénico y eficaz posible para la prevención de posibles infecciones derivadas de una mala praxis.
La zona a rasurar depende de la cirugía que se vaya a practicar:

En cirugía abdominal, se rasura desde la línea mamaria hasta el tercio superior de los muslos hasta la línea de la mesa, con el enfermo en decúbito supino. Incluye el vello púbico.
En cirugía mamaria y torácica, se rasura el hombro, la región superior del brazo hasta el codo, la axila y la pared torácica hasta la línea de la mesa, y más allá del esternón hasta el hombro opuesto. El enfermo se encuentra en decúbito lateral.
En cirugía toraco-abdominal lateral, el rasurado incluye la axila, el tórax y el abdomen, desde el cuello hasta la cresta ilíaca. Se extiende hasta la línea media, tanto anterior como posteriormente. El enfermo está en posición lateral.
En cirugía recto perineal y vaginal, la preparación abarca el pubis, la vulva, los labios, el periné, el ano y zonas adyacentes, incluida la cara interna del tercio superior de ambos muslos. La posición del enfermo será de litotomía.
En cirugía de cadera, la preparación abarca el abdomen del lado afectado, el muslo hasta la rodilla y las nalgas hasta la línea de la mesa, la ingle y el pubis. La posición del enfermo será en litotomía/ginecológica.

En cirugía de rodillas y de la región distal de la pierna, la zona a preparar incluye la circunferencia total del miembro afectado y se extiende desde el pie hasta la región superior del muslo.
En las operaciones de mano y pie, las uñas deben limpiarse minuciosamente.

5 Discusión-Conclusión

Con estas Normas y Procedimientos llegamos a la conclusión de que en la preparación de los enfermos deben estar escritas y protocolizadas, y por supuesto revisadas mínimo anualmente por los cambios y modificaciones en avances de investigación que se vienen ocasionando y siempre deben estar a la disponibilidad del personal de enfermería en el lugar de trabajo para su guía y consulta.
Las Normas y Procedimientos, determinan responsabilidad y autoridad, serán estas guías las que determines los procedimientos y deben incluirse en la educación y orientación del personal, ayudando al desarrollo del conocimiento, aptitudes y habilidad y que van a influir y mucho en la prevención de las infecciones hospitalarias y en el cuidado del enfermo, positivando la experiencia y calidad de la atención.

6 Bibliografía

1. https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-rasurado-quirurgico-conveniente-siempre-20180710081957.html
2. https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/
3. http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/recomendaciones/piel.html

Capítulo 264

EL TCE. HERIDAS QUIRÚRGICAS, PLAN DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA

CRISTINA MOHEDANO CASTILLO

ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ

IRENE ESPINOSA ESCRIBANO

1 Introducción

La herida quirúrgica, la podemos definir como pérdida de solución de continuidad que se hace mediante un instrumental de corte como el bisturí frío o mediante electrocoagulación, el tamaño de la incisión que se haga va a depender de la zona donde se quiera llegar y de su necesidad, llegando a suturarse mediante diferentes suturas reabsorbibles, tipo Dexon, Vicryl, etc., otras en cambio mediante grapas para la unión de los tejidos, y por último las no reabsorbibles como es el caso de la seda.

El cuidado de la herida quirúrgica va a depender de factores intrínsecos del paciente, así como de factores extrínsecos comprometidos en la antisepsia de la herida y la manipulación de la misma a la hora de hacer la cura, por eso es importante que el personal de enfermería como enfermeras y TCE sean un equipo a la hora de realizar la cura con unos objetivos en la ejecución en el plan de cuidados de la misma.

Es importante el aseo del paciente para que la piel la dejemos desprovista de microorganismos y de sustancias tóxicas que puedan interrumpir el buen proceso tanto de cicatrización como de evitar infecciones ocasionales en estos pacientes, todo ello con el propósito de la prevención de la infección de la herida.

El plan de cuidados que debe hacer la enfermera, junto con el TCE, va a depender de la clasificación de Altemeier, ya que las heridas quirúrgicas no todas se van a tratar de igual forma por presentar cada una unas características especiales a la hora de curarlas.
Como norma general, la herida quirúrgica, se debe de valorar para proceder de una forma eficaz a la cura de la misma, utilizando material desechable no esterilizable, como material esterilizable, así como antisépticos y una profilaxis si procede de fármacos antibióticos pautados por los facultativos. La técnica de toda cura se basa no solo en la asepsia de la misma, sino en la técnica de las curas húmedas o secas, que en este caso se hará siempre con curas secas, la cual vigilaremos signos y síntomas que nos llamen la atención como:
• Inflamación de los bordes proximales de la herida quirúrgica
• Secreción purulenta (en caso de infección)
• Maceración de la herida
• Irritación peri herida
• Dolor, calor y rubor de la zona quirúrgica
• Fiebre

2 Objetivos

Preparar para la realización de la cura quirúrgica, atendiendo a las necesidades del paciente y valorando junto a la enfermera los medios materiales y que se van a necesitar para la realización de la misma, con el fin de que la cura cicatrice en las mejores condiciones previniendo la infección de la misma.

3 Metodología

Para este capítulo hemos buscado información por todas las páginas web como: Medline, Scielo. Como también revistas y artículos de Enfermería a cerca de las heridas quirúrgicas y de la realización de la cura en pacientes que han sido intervenidos de una cirugía en concreto. Además de revisar libros de Enfermera básica, que nos ha dado la idea de poder abordar este tema.

4 Resultados

La realización de la cura en una herida quirúrgica, lleva consigo un equipo multidisciplinar como enfermera, TCE, celador y a veces el médico que valorará como

se encuentra dicha herida y los medios y mecanismos para poder hacerla, otras veces es el criterio de la enfermera junto con el TCE el que valora dichos mecanismos y medios.
No todas las heridas quirúrgicas van a necesitar el mismo material y la misma técnica, va a depender de las necesidades que marque el paciente y de lo que prescriba el facultativo. Como norma general actuaremos:
En una batea pondremos:
• Suero fisiológico.
• Gasas estériles y no estériles.
• Antisépticos (Povidona Iodada, Clorhexidina, Agua Oxigenada).
• Antibióticos (en pomada).
• Guantes estériles y no estériles.
• Bata estéril.
• Paños estériles
• Instrumental, de disección, de hemostasia, etc.
• Gasas y compresas.
• Esparadrapo hipoalergénico.
• Jeringas de 5, 10,20 y de 50 ml.
• Suturas y quitagrapas.
• Sondas de aspiración de secreciones.
• El TCE se lava las manos y se pone los guantes no estériles, procediendo a la retirada del apósito sucio.
• Mientras la enfermera hace una antisepsia de sus manos con agua y jabón para proceder a ponerse los guantes estériles y hacer la cura.
• Tanto la enfermera como el TCE valoran la herida quirúrgica, comprimiendo la misma en busca de pus, y viendo la coloración de la misma.
• Se procederá de lo más limpio a lo más sucio, teniendo cuidado que cuando se eche los antisépticos no salpique al uniforme y en condiciones de asepsia.
• Una vez realizada la antisepsia y la valoración de la herida, se cierra la misma con apósitos (gasas o compresas) y cerrándola con esparadrapo hipoalergénico.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería con respecto a la herida quirúrgica, plantea una serie de dificultades a la hora de realizarla, por eso es importante el poder hacer una cura lo más asépticamente posible para la prevención de complicaciones arraigadas de las infecciones nosocomiales que pueda transmitir el personal de

enfermería a estos pacientes, ya que por sus circunstancias suelen ser más susceptibles a las infecciones. Tanto la enfermera como el TCE son los responsables de una buena cura que va a dar lugar a la evolución de la misma.
El TCE juega un papel fundamental en la colaboración de la cura y debe conocer y saber en qué momentos se va a realizar la cura, cuando por ejemplo el apósito se encuentre sucio o mapeado y procurará junto con la enfermera repasar el protocolo de actuación ante la herida quirúrgica para así preparar el material necesario. También hay que resaltar que gracias a los antisépticos como las Biguanidas (Clorhexidina) y otros antisépticos y el cuidado de la técnica aséptica se ha logrado una gran barrera a la hora de las infecciones de la misma, es necesario decir que la gran mayoría de heridas quirúrgicas que se encuentran cerradas (suturadas o con grapas) cicatrizan sin más complicaciones, prestando especial atención a la hora de la cura en el lecho de la herida, ya que las complicaciones pueden no solo venir por infecciones sino por otros motivos que los profesionales sanitarios deben de conocer.
Actualmente, en la práctica de la cura de la herida quirúrgica se basa más bien en la experiencia de los profesionales de la enfermería que en algunos protocolos, ya que cada paciente no va a tener las mismas necesidades a la hora de la cura quirúrgica.
Por último, debemos decir que los cuidados de la herida quirúrgica no terminan con el alta hospitalaria, sino que debe de continuar con la atención primaria de salud para la valoración y finalización de los cuidados.

6 Bibliografía

1. Sociedadespanolaheridas.com.
2. Cuidados de la herida quirúrgica. Avances. tauja.ujaen.es 2014
3. Técnicas Básicas de Enfermeria. Editorial Macmillan. 2014
4. Pacientes y Cuidadores. http://www.pacientes ycuidadores.com
5. Cuidados Auxiliares de enfermería. Editorial Edite

Capítulo 265

EL TCE ANTE LAS FRACTURAS DE CADERA. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERIA

ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ

CRISTINA MOHEDANO CASTILLO

IRENE ESPINOSA ESCRIBANO

1 Introducción

Las fracturas de cadera, constituye uno de los problemas más habituales en las personas de la tercera edad debido a caídas por deterioro físico (como ocurre en la osteoporosis) cognitivo, o bien por fracturas patológicas debido a neoplasias, de los cuales va a suponer un estado de gran dependencia para muchas de sus actividades de la vida diaria. No obstante, vamos a definir que es una fractura y cuáles son sus principales tipos, como los cuidados de enfermería por parte del mismo personal que se debe de hacer.

Una fractura es una solución de continuidad ósea que va a dar lugar a ruptura del hueso y que dependiendo de cómo sea la misma, podemos decir si es una fractura extracapsular o intracapsular de la cabeza del fémur, como norma general se suelen dar en personas de la tercera edad, pero pueden encontrarse en personas adultas debido a accidentes de tráfico, lesiones del deporte, patologías de los huesos como las osteopenias, etc.

La clínica de la fractura de cadera debemos de comentar que es muy dolorosa e invalidante provocando:

• Dolor muy intenso.
• Deformación del fémur que se ve radiográficamente a veces fuera del acetábulo.
• Inflamación de la zona, con hematomas que pueden llegar al pubis o a lo largo de todo el muslo.
• Inmovilidad.

Cuando el paciente llega al hospital después de haberle diagnosticado la fractura, el médico traumatólogo reduce la fractura mediante la tracción del miembro afectado. Como norma general, hoy en día se tracciona con una tracción blanda, para que la zona fracturada no roce y produzca dolor, así se evita tanto el dolor como el desplazamiento de la fractura en cuestión. Una vez instaurada la tracción, el paciente pasa a una cama especial llamada cama de Judet u ortopédica, donde permanecerá en ella con la tracción hasta que se decida por el traumatólogo la intervención de la misma.

El tratamiento de la fractura de cadera es la intervención quirúrgica, dependiendo del tipo de fractura el médico colocará: clavo Gamma, prótesis del cuello del fémur o prótesis entera que va a ponerse desde cabeza, cuello y acetábulo.

Toda cirugía va a estar prevista por una serie de factores de riesgo que va a depender en gran parte del paciente, es decir, de las patologías de base que esa persona tenga, como de los factores de riesgo inducidos por la cirugía, dándose algunos problemas (que no tienen por qué ocurrir) como el TVP (Tromboembolismo Pulmonar) o trombosis venosa profunda. Ambas se previenen con la administración de heparina antes de que suceda este desenlace, además de otros factores provocados por la inmovilidad del paciente como son las UPP.

El pronóstico de los pacientes con este tipo de fracturas hay que decir que solo la mitad de los pacientes con esta problemática, van a recuperar su movilidad y que otros serán invalidantes dejando de deambular requiriendo una ayuda permanente. La rehabilitación es uno de los tratamientos que sea visto posible para la recuperación después de la cirugía, pero no en todos los casos, ya que en personas mayores el miedo a volver andar les impide hacer una rehabilitación efectiva.

2 Objetivos

Conocer las posibles consecuencias de la intervención quirúrgica de cadera, con el fin de evitar en todo los casos de una posible TVP, como también la preparación de los sistemas de tracción a la hora del ingreso en planta de dicho paciente para evitar el dolor y desplazamiento de la fractura.

Observar al paciente de las posibles lesiones de UPP que puedan aparecer por la inmovilización prolongada.

3 Metodología

Hemos revisado en una búsqueda bibliográfica a cerca de las fracturas de cadera, de la cual hemos buscado en Google académico, Scielo, Medline Plus, Dialnet, Elsevier, Pubmed, como en libros de enfermería quirúrgica a cerca de la temática, como también de varias revistas médicas y de enfermería para el cuidado y tratamiento de estos pacientes.

4 Resultados

Estadísticamente, se ha visto que la prevalencia de las fracturas de cadera por caídas va a ser cada vez más acusadas por la edad, por el sexo (más en mujeres debido a la pérdida de la densidad ósea), por la inmovilización, por la alteración cognitiva, etc.
El personal de enfermería (Enfermera y TCE), preparará antes de ser intervenido al paciente la tracción blanda o percutánea para evitar el dolor y el desplazamiento de la fractura. Esta constará:
Equipo de tracción percutánea:
• Tiras adhesivas que se pegaran en el muslo interno y externo hasta la cadera.
• Cuerda de tracción que se colocara con el peso que hace la tracción según pauta por el facultativo.(Normalmente suele ser de 5 Kg para adultos).
• Vendas de velban.
• Vendas de crepe.
• Férula de Braun.
Una vez colocada el equipo de tracción, el paciente permanecerá en cama con pauta analgésica para controlar el dolor y observando las posibles reacciones ante el mismo.

El personal de enfermería deben de estar alerta en el postoperatorio de estos pacientes para que no se produzcan una serie de complicaciones añadidas al proceso quirúrgico, ya que el encamamiento del paciente también tiene una serie de consecuencias a nivel respiratorio, metabólico, cutáneos, cognitivos (como la desorientación del paciente), pérdida de la masa muscular debido al tiempo que van a permanecer inmóviles, estado anímico depresivo y con ansiedad, ya que sus poca movilidad que tenían anteriormente se ve totalmente anulada por la fractura.
La pauta de heparina que administra la enfermera es fundamental para la prevención de la TVP, así como los cuidados del TCE con respecto a la higiene del

paciente encamado harán que evite la proliferación de infecciones y de prevenir en parte las UPP, también procederemos a mantener la seguridad del paciente con respecto a la puesta de barandillas de seguridad en la cama. Una vez intervenido, el paciente es levantado al sillón con la ayuda de la Enfermera, donde se le animará que se ponga en bipedestación y comprobar mediante el andador el grado de movilidad, animando en todo caso al paciente que pierda el miedo a la deambulación. Por último, debemos de resaltar que una vez quitada la tracción y el paciente se encuentre intervenido, para evitar la rotación del pie hacia un lado, se pondrá una almohada o peso para que esto no ocurra.

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas de cadera presentan un grave problema socioeconómico tanto a nivel de coste sanitario como domiciliario, ya que muchos pacientes en casa han tenido una buena movilidad y una actividad de la vida diaria autónoma, lo que les ha dificultado en caso de fractura de cadera en gran medida para poder realizarla, aumentando cada vez más en edades avanzadas este tipo de patología, si sumamos las pluripatologías de los pacientes ancianos da como resultado un enlentecimiento de la pronta recuperación, como de que a veces no existe esa recuperación completa debido a otros factores. Las prótesis de cadera para estos pacientes ha sido una terapéutica bastante evolucionada, ya que muchas personas con edad avanzada han vuelto a poder andar después de la rehabilitación y han podido hacer una vida más o menos normal, aunque también ha habido personas que les ha dificultado el poder volver a sus actividades de la vida diaria, debido a otras complicaciones. Hoy en día se ha evolucionado tanto a nivel médico como de enfermería, adquiriendo este último (en los cuidados y diagnósticos de enfermería) en este tipo de patologías, dando como resultado una mejor calidad al paciente en respuesta al tratamiento y una pronta mejoría.

6 Bibliografía

1.-Fracturas de cadera en el anciano y el joven Editorial Paraninfo año 2016.
2.-Plan de cuidados de enfermería AMG Hernández - enfermería, 2007.
3.- Cuidados de enfermería en pacientes con fracturas de cadera TS Colas, CB Medrano, RMR Grande… - Revista Sanitaria de…, 2021 dialnet.unirioja.es
4.-Tenicas Básicas de Enfermeria Editorial Mc Graw Hill 2018.
5.- La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. MRC Romero - Enfermería Global, 2012

Capítulo 266

INTERVENCIÓN DEL TCAE EN PACIENTES CON QUEMADURAS

CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ

MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ

PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN

1 Introducción

Las quemaduras son un grave problema sanitario que a nivel mundial provoca alrededor de 180.000 muertes anuales y también muchos ingresos hospitalarios duraderos. Según el tipo de quemadura pueden quedar secuelas como desfiguración y discapacidad, lo que puede generar aspectos negativos psicológicos y físicos en la persona que las sufre.

Son lesiones de tipo traumático que se producen en la piel y que pueden causar daños físicos y psicológicos a la persona que lo padece. Los principales motivos de sufrir quemaduras son por calor, radiación, electricidad o contacto con productos químicos. Los accidentes laborales, domésticos y de tráfico son las causas principales.

Es de vital importancia mantener una higiene correcta y unos buenos cuidados en los pacientes que presenten quemaduras con el objetivo de evitar infecciones de cualquier tipo.

Una quemadura puede clasificarse según su profundidad y según su extensión:
- Según su profundidad:

A. De primer grado: presenta inflamación, rojez y dolor. No suele dejar ninguna secuela y el tiempo de curación es alrededor de 5 días. Afecta a la epidermis.
B. De segundo grado: presenta ampollas, edema, exceso de líquido que se filtra desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos cercanos o pus y dolor muy intensificado. Cicatriza entre 5 y 21 días.
C. De segundo grado profundo: presenta vejigas de diferentes tamaños y se pierde sensibilidad en la zona afectada. Afecta a la epidermis y dermis reticular. Su cicatrización requiere un tiempo mayor de 3 semanas.
D. De tercer grado: son el tipo de quemaduras más graves. Su cicatrización no es posible y se requiere el uso de injertos. Afecta a la hipodermis, ya que se destruye completamente la piel y la dermis.

- Según la extensión: se utiliza el mecanismo denominado la regla de los 9 de Wallace consistente en dividir las zonas del cuerpo en áreas que equivalen al 9%. Con este método es posible calcular la extensión de las partes del cuerpo quemadas.

Cabeza 9%
Tronco 18 %
Espalda 18%
Periné 1%
Miembros superiores 9% (4,5% cada uno)
Miembros inferiores 9% (4,5% cada uno)

2 Objetivos

Aplicar los cuidados necesarios para el abordaje de las quemaduras, mejorando su calidad de vida y evitando los posibles daños desfavorables que cause esta patología.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre la intervención del tcae en pacientes con quemaduras. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: burns, classification and treatment.

4 Resultados

Durante el procedimiento previo al baño y para tratar el dolor se hará uso de medicamentos analgésicos/antiinflamatorios en las quemaduras que no sean muy graves y en las que sean graves serán los profesionales de UCI los que decidan su tratamiento.

Según la extensión que presente la quemadura se realizará de una determinada manera el proceso de higiene, llevándose a cabo en la habitación si no es muy extensa o por el contrario en la bañera de quemados si es extensa. Es muy importante informar al paciente del proceso que se va a llevar a cabo. Es necesario ajustar previamente la temperatura del agua y de la sala donde se vaya a realizar el proceso de cura y controlar en todo momento que el paciente se encuentre estable, hemodinámicamente y no presente hipotermia.

Para realizar una correcta higiene en la bañera de quemados es necesario contar con una grúa de baño que introduzca al paciente en el tanque de acero inoxidable y un correcto equipo de curas formado principalmente por: guantes estériles, paños estériles, compresas, gasas, mallas tubulares de distintos tamaños, clorhexidina al 1% y tratamiento tópico.

En primer lugar se comienza el aseo del paciente en las zonas que no presentan quemaduras, utilizando para ello jabón neutro. A continuación se procede a las zonas quemadas realizando pequeños movimientos de arrastre y toques ligeros con la ayuda de la clorhexidina al 1%, después se aclara la herida con suero fisiológico y se seca con mucho cuidado utilizando compresas estériles. Por último, se hará la cura que ha pautado el médico.

En los pacientes que sufren quemaduras es recomendable que permanezcan sentados en la medida de lo posible y que comiencen a andar cuanto antes.

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras constituyen un alto porcentaje del total de los accidentes que se provocan a nivel doméstico, aunque también pueden venir por agentes térmicos, eléctricos, químicos, mecánicos y también por congelación. En el hogar sus causas principales son las llamas o líquidos muy calientes.

Las quemaduras originadas por traumatismos físicos o químicos provocan el deterioro de las proteínas tisulares, generando desde un leve deterioro del tejido

más superficial hasta la destrucción completa de los tejidos afectados. Todo ello desemboca en efectos negativos tales como la pérdida de líquidos, pérdida de calor y pérdida del poder de defensa frente a los microorganismos.

Un buen trabajo en equipo y un correcto reparto de las tareas en el equipo de enfermería garantizará un correcto plan de cuidados con el objetivo de conseguir los objetivos esperados.

6 Bibliografía

1. Guerra Martín MD, Cascales PL, FernándezRodríguez V. Intervenciones Enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Rev. Cubana Enferm. 2019; 35(2).
2. Martín Espinosa NM, Píriz-Campos RM. ¿Qué necesitamos saber sobre las quemaduras? Rev Rol Enferm. 2014;37(2):80-6.
3. Guía práctica clínica para el cuidado de las personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2011.
4. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Quemaduras. 2017.

Capítulo 267

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ALGÚN MIEMBRO LUXADO

PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN

CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ

MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ

1 Introducción

Con el objetivo de minimizar los daños en los tejidos, las luxaciones y los esguinces graves y moderados deben ser inmovilizados. Es fundamental seguir una serie de pautas de actuación:

• Inmovilización y reposo de la articulación: dejar el miembro o parte del cuerpo afectado en la misma posición en la que se haya encontrado. Bajo ninguna circunstancia hay que intentar colocar la articulación dañada a su posición natural, ya que esto puede causar daños en huesos, ligamentos, músculos y tendones.

• Aplicar hielo: durante las primeras 24 horas después de la lesión con el objetivo de luchar contra el dolor y tener control sobre la inflamación provocada por el hematoma subcutáneo. Aplicar sobre la zona afectada entre 15 y 20 minutos cada 2 horas aproximadamente y no directamente sobre la piel, ya que puede originar algún tipo de quemadura.

• Vendaje de la extremidad lesionada: es necesario que sea de tipo elástico y permita controlar la inflamación. Se debe aplicar el vendaje en sentido ascendente,

comenzando con una presión leve y aumentando la intensidad a medida que se va llegando a la zona afectada.
• Elevar la extremidad afectada: el efecto del hielo combinado con la elevación de la zona lesionada y el vendaje elástico contribuyen en gran medida a reducir la inflamación.
• Vigilar regularmente el tono de la piel, la temperatura y la sensibilidad que presenta la articulación afectada para estar seguros de que el vendaje no está apretando demasiado.
• No trasladar a la víctima hasta que la zona afectada esté bien inmovilizada: solo bajo la excepción de que la persona corra el riesgo de sufrir algún problema de salud más grave, en caso de shock o casos en los que deba aplicarse la RCP.

2 Objetivos

Identificar en el paciente que miembro se encuentra afectado y colaborar con los médicos en las maniobras de reducción e inmovilización.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre la actuación del técnico auxiliar de enfermería ante un paciente con algún miembro luxado. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: fracture, dislocation, sprain and immobilization.

4 Resultados

Cuando se tenga algún tipo de duda del alcance de la lesión del paciente, en todos los casos se procederá como si se tratara de una fractura, dando paso a la inmovilización de la zona afectada. Seguidamente, vamos a explicar una serie de pasos:
• Inmovilización de la zona principal donde esté presente la fractura, al igual que de las articulaciones distal y proximal, respetando la misma posición en la que se encuentre. Para ello se deben usar materiales rígidos, pero a ser posible que estén acolchados. La fijación no debe aplicarse directamente sobre la zona fracturada, sino por encima y debajo de ella.

• Aunque la extremidad no se encuentre en su posición anatómica, se moviliza en la posición en la que se encuentre. Se debe evitar a toda costa colocar la zona fracturada en su posición natural, puesto que podrían verse perjudicados nervios y vasos sanguíneos y también verse afectada la estructura corporal.
• Cubrir los extremos de los huesos en los casos en los que hayan quedado expuestos, utilizando para ello gasas estériles si se dispone de ellas. Bajo ningún concepto hay que tratar de introducir los huesos que han quedado expuestos debajo de la piel.
• En los casos en los que exista hemorragia se colocará un apósito sobre la zona afectada haciendo un poco de presión con el objetivo de detener la hemorragia pero teniendo cuidado de no aumentar más la lesión ósea. Cuanto menos se manipule la herida será mucho mejor.
• Vigilancia de la coloración y temperatura de la piel de la extremidad dañada. Se irá realizando una revisión continua para comprobar si el sistema de fijación utilizado está demasiado apretado, especialmente en los casos en los que se utilice algún dispositivo de inmovilización.

5 Discusión-Conclusión

Las luxaciones y fracturas son lesiones muy comunes que se ven en cualquier centro sanitario, por lo que el personal de enfermería debe saber reconocer sus signos y síntomas para poder actuar de forma óptima en el menor tiempo posible. De igual forma debe conocerse las técnicas de inmovilización más importantes y cómo hacer uso de ellas.

El Técnico Auxiliar de Enfermería, por su parte, debe también asistir al paciente con recomendaciones que aclaren cualquier tipo de duda que tenga intentando calmar su preocupación y miedo. Se colaborará con el traumatólogo o médico de urgencias a la hora de la reducción de la zona afectada.

6 Bibliografía

1. Herzberg G, Comtet JJ, Linscheid RL, Amadio PC, Cooney WP III, Stalder J.: Perilunate dislocations and fracture-dislocations: a multicenter study. J Hand Surg Am. 1993;18(5):768-779.
2. Kuderna H.: Fractures and dislocation fractures of the wrist joint. Orthopade. 1986;15 (2):95-108.

3. Ruby LK, Casidy C.: Fractures and dislocations of the carpus. In: Browner BD, Jupiter JB, Levine AM, Trafton PG, editors. Skeletal trauma: basic science, management and reconstruction. Vol II, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2003. Pp. 1261-1313.
4. Teisen H, Hjarbaek J.: Classification of fresh fractures of the lunate. J Hand Surg Br. 1988;13(4):458-462.

Capítulo 268

URGENCIAS EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ

PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN

CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ

1 Introducción

Se puede definir el término traumatismo como cualquier tipo de agresión que sufre el organismo y que viene derivada por la acción de cualquier agente físico o mecánico. Es importante realizar una primera evaluación efectiva que permita conocer el alcance de las lesiones, que determine las prioridades de actuación, garantizar la seguridad del paciente y asegurar su trastalado.

La regla de oro ABCDE son una serie de medidas a seguir con un orden establecido en los pacientes que presentan algún tipo de traumatismo:
A. Vía aérea: hay que asegurarse en todo momento que esté libre y que permita el paso del aire. Para ello retirar cuerpos extraños de la boca y asegurarse de que la lengua no obstruye la vía respiratoria en los casos donde haya un bajo nivel de consciencia.
B. Ventilación: mantener una correcta ventilación y oxigenación.
C. Estado circulatorio: tratamiento precoz del estado de shock y compresión de los principales puntos de sangrado. Valoración hemodinámica.
D. Estado neurológico: observar el estado de las pupilas, escala de Glasgow y primera valoración neurológica.

E. Exposición: prevenir la hipotermia del paciente, reconocimiento completo corporal, auscultación torácica y palpación abdominal cada pequeño espacio de tiempo, repetir de nuevo la escala de Glasgow.

El objetivo de todos estos procedimientos en asegurar en todo momento la seguridad del paciente y mantener sus constantes vitales. También se debe evitar su pérdida de calor corporal y preparar su traslado a un centro hospitalario.

2 Objetivos

Saber cómo deben de actuar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ante pacientes politraumatizados ya que pueden tener un órgano, aparato o sistema con un riesgo vital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre las urgencias en pacientes politraumatizados. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: Wounds and trauma, injuries and multiple trauma.

4 Resultados

Los pacientes que presentan politraumatismos necesitan una atención continuada por parte del personal sanitario así como también una vigilancia médica durante su traslado al hospital, por tanto, su tratamiento es integral y engloba todo el proceso desde que sufre las lesiones hasta que consigue recuperarse completamente. Por desgracia se han dado muchos casos en los que inicialmente se han valorado las lesiones del paciente como leves y después han evolucionado a problemas más graves, el impacto tanto económico como clínico de estos casos puede llegar a ser una causa muy importante.

Por este motivo es necesario que la primera asistencia al paciente sea rápida y eficaz con el fin de poder evaluar correctamente al paciente siguiendo unas pautas muy marcadas, esto ayudará a no infravalorar las lesiones que tenga y también se contribuye a disminuir las muertes que han podido ser prevenidas.

El diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que presenten traumatismos constituyen un proceso continuo. Durante las primeras horas no es posible conseguir un diagnóstico definitivo correcto, pero serán muy importantes a la hora de detectar los síntomas y signos de una posible complicación mayor.

Durante todo el proceso de atención y asistencia o cada vez que se produzca un cambio en la situación del paciente (por ejemplo un traslado) se debe de volver a reevaluar sus lesiones y su estado de salud. Para ello, una vez que el paciente se encuentra en el nuevo centro hospitalario se le hará un examen completo en el menor tiempo posible desde su llegada que determinará si ha habido algún tipo de cambio en su situación.

Durante la revisión secundaria se evaluará su estado respiratorio, su ventilación y su circulación además de complementarse con otras exploraciones físicas.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que el TCAE debe saber desempeñar en los casos de atención a un paciente con traumatismos son los siguientes:
1. Examen completo corporal de cabeza a pies: valoración detallada, auscultación, inspección y palpación.
2. Monitorización de las constantes vitales: frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, toma de temperatura y pulsioximetría.
3. Prevenir en todo momento la hipotermia.
4. Coger las muestras necesarias para las pruebas de laboratorio.

Todos estos procedimientos tienen que ser supervisados y en colaboración con el personal de enfermería responsable de la atención del paciente. Destacar que las muertes derivadas de traumatismos constituyen el cuarto lugar por causas de muerte.

6 Bibliografía

1. L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez. Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias. Edit. Harcourt, Brace.
2. Colegio Americano de Cirujanos. Comité de Trauma. Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma. Colegio Americano de Chicago, 1994.
3. Chapleau W, Soporte vital Avanzado en Trauma Ed. Distribuna Colombia 2004.

4. Baez A. Irving, J MD Soporte Vital Básico en trauma Atención Pre hospitalaria, Bogota 2004.

Capítulo 269

EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA.

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

1 Introducción

Se define como Hemorragia Digestiva (HD) el proceso por el que se pierde una cantidad de sangre anormal que tiene como origen el aparato digestivo. Esta patología se puede clasificar atendiendo a su localización. Según el ángulo de Treiz pueden ser hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB) Esta enfermedad es una de las que más se atienden en puertas de urgencias. Actualmente, encontramos entre un 5% y 10% de mortalidad por esta patología en el territorio español. Estos datos pueden varias teniendo en cuenta factores como la edad, causas, antecedentes personales, etc
Se asegura que existe una falta de protocolos de actuación consensuado para la actuación ante una Hemorragia Digestiva, lo que tiene como consecuencia que el porcentaje de morbi/mortalidad no mejore lo suficiente.

La mayoría de los pacientes que suelen presentar este tipo de hemorragias, tienen edadesavanzadas, ya que son un grupo más susceptible por el consumo de fármacos y por tener las características de ser pacientes pluripatológicos.

Según su origen se clasifica en dos tipos de hemorragias digestivas (HDA):

Hemorragia digestiva baja. Se denomina como ”sangrado por lesión, entre el intestino delgado y el ano. La edad media es de alrededor de los 65 años, y hasta un 80% de los casos cesa de forma espontánea.

Hemorragia digestiva alta. Es aquella que tiene su origen en una lesión situada por encima del ”Angulo de Treiz”. Supone un 90% de los casos de hemorragia digestiva en el aparato digestivo.

2 Objetivos

Conocer el papel fundamental del personal de enfermería antes una Hemorragia Digestiva en personas adultas.

Describir la etiología, los factores de riesgo y la sintomatología.
Valorar la actuaciónenfermera en las emergencias extrahospitalarias con la Hemorragia Digestiva Alta (HDA).
Recopilar el tratamiento establecido ante una Hemorragia Digestiva Alta.

3 Metodología

Se realiza búsquedabibliográfica en diferentes bases de datos como Medline, Dialnet Pus, Cuiden, Medes y como fuente terciaria Google Académico. Como palabra clave se han utilizado “hemorragia digestiva”, “personal de enfermería”, “emergencias extrahospitalarias”
Además, se han empleado protocolos de actuación y libros científicos dirigido a las Hemorragia Digestiva.

4 Resultados

El aparato digestivo es un conjunto de órganos encargados de realizar la digestión. Sus principales funciones que realizan son: la ingesta, la absorción de nutrientes, y la excreción de los desechos de la materia orgánica. Se compone de las siguientes partes: boca, la mayor parte de la faringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, vesicular biliar, bazo, intestino delgado e intestino grueso.

Etiología
Las causas más frecuentes son:
Úlcera péptica. lesión que se encuentra en la mucosa del estómago (úlcera gástrica), o del duodeno (úlcera duodenal), siendo esta última la más frecuente.
Rotura de varices esofágicas.
Tumores situados en las partes superiores del aparato digestivo.
Lesiones agudas de la mucosa gástrica, heridas superficiales y agudas del estómago.
Desgarros producidos en la uniónesofagogástrica, llamado el síndrome de Mallory-W.
Otras causas: esofagitis por reflujo, malformaciones vasculares, fistula aortoenterica, hemofilia…

Clínica:
Los signos y síntomas que se presentan en la Hemorragia Digestiva Alta (HDA), son la base de una enfermedad que tienen que ser diagnosticada y tratada.
La clínica se presenta de diferente forma, dependiendo de la cantidad, rapidez y localización.
-Hematemesis: Vómitos con sangre. Son de color rojo brillante o bien ”posos de café”
-Melenas: Deposiciones de heces negras, brillantes, pegajosas y malolientes.
-Hematoquecia: Emisión de sangre roja fresca por el ano.
-Rectorragia: Expulsión de sangre roja por el ano.

La gastroscopia es la herramienta más utilizada para el diagnóstico de esta patología.
La endoscopia digestiva alta, identifica la lesión causante de la hemorragia. Debe hacerse tan pronto sea posible.
Si se da una hemorragia masiva o ”shock”, se valorará urgentemente con endoscopia preoperatoria, y si hay perforación u obstrucción intestinal, hay que realizar una radiografía de tórax o abdomen antes de la endoscopia.
Existes diferentes escalas para valorar el riesgo de sangrado de nuestros pacientes. Las más utilizadas en el ámbito clínico por el personal enfermero son:
La Clasificación de Forrest. Usada cuando se sospecha de la existencia de úlceras pépticas.

El índice de Blatchford que se realiza antes de la gastroscopia e incluye datos clínicos y de laboratorio.

Tratamiento farmacológico o médico.
La elección del tratamiento dependerá del pronóstico establecido por las diferentes variables como la edad, el estado circulatorio, las enfermedades asociadas, el diagnósticoendoscópico y los signos de hemorragia reciente.

Tratamiento endoscópico. Para poder realizar la endoscopia es imprescindible disponer de un lugar adecuado y de personal autorizado y entrenado para ello.Antes de realizar esta técnica se debe hacer uno de procinéticos por vía endovenosa en pacientes seleccionados, ya que mejora el tránsito intestinal aumentando la velocidad del vaciado gástrico, la función de los esfínteres y puede aumentar el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia.

Anamnesis o historia clínica: la forma de presentación de la HDA (hematemesis, melena o hematoquecia), el tiempo de sangrado que nos indique la gravedad, los síntomas previos que ha podido presentar (epistaxis, dispepsia, pirosis, dolor abdominal, vómitos, náuseas, tos, ictericia, etc.), los antecedentes personales (edad, enfermedades previas y antecedentes de HDA), los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco u otras drogas) y la ingesta de fármacos (en especial de aquellos que favorezcan el sangrado, como los AINES y antiagregantes).
Exploración física: La exploración física abdominal es importante porque detecta las zonas dolorosas, masas abdominales, oleada ascítica, aumento del peristaltismo intestinal. También puede realizarse un tacto rectal, para confirmar la presencia de melenas y valorar el estado hemodinámico del paciente al inicio y cada cierto tiempo, ya que puede cambiar.

5 Discusión-Conclusión

La Hemorragia Digestiva Alta es la complicacióngrave, por lo cual requiere de una actuación de urgencia. En este grupo de hemorragias, las causas más frecuentes son de origen ulceroso. Por lo tanto, una adecuada y rápida valoración inicial del paciente permite identificar la HDA, y aplicar así un tratamiento correcto a su situación. Los cuidados de enfermería aplicados se determinan por el estado en el que se encuentra el paciente.
Factores de riesgo como el consumo de AINES, AAS, alcohol, café y tabaco, con-

tribuyen a la formación de úlceras pépticas. Por lo que, llevar forma de vida saludable, evitando los hábitos tóxicos y protegiendo el estómago con IBP es lo ideal para evitar complicaciones de HDA. El método diagnostico-terapéutico de elección es la endoscopia digestiva alta. Las complicaciones que pueden presentarse en las gastroscopias hacen necesaria la presencia de personal de enfermería cualificado.

6 Bibliografía

Jiménez L, Montero FJ. MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Vías Clínicas en Urgencias: Hemorragia digestiva. Madrid: Edicomplet; 2008. https://libros.cienciasanitaria.es/libros/311-edicion-xxxvi-libros-electronicos-octubre-2022/enviaGómez
M, Llach J. Papel de la enfermera en la endoscopia digestiva. Gastroenterol y Hepatol. 2009. [Internte] [22 Sep 2022]. Disponible en:
Asociación Española de Gastroenterología (AEG). Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Madrid: JARPYO EDITORES, S. A; 2010.
Rego J, Leyva C, Pérez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto: Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. Rev Cubana Farm. 2007.
Luna MD, Delgado C. Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en SCCU. Revista científica de la SEEUE. 2009.

Capítulo 270

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) EN LA PREPARACIÓN DE UNA PERICARDIOCENTESIS. CUIDADOS Y GENERALIDADES

ELENA CALVO CUERPO

SORAYA ÁLVAREZ LILLO

ALMUDENA ALVAREZ LILLO

1 Introducción

Antes de hablar de la técnica, debemos de recordar que es el pericardio y que lo forma. En primer lugar, el pericardio es una fina capa que envuelve al corazón, formado por una capa parietal y otra capa visceral, entre medias de estas dos capas hay espacio virtual llamado cavidad pericárdica que es por donde circula el líquido pericárdico con un volumen aproximado entre 30-50ml, cuya función es lubricar los movimientos rítmicos del corazón, cuando hay un exceso de líquido pericárdico (derrame pericárdico), desde infecciones bacterianas y víricas, hasta procesos neoplásicos, por eso es fundamental que se haga un diagnóstico de la causa o su causa puede ser desconocida o de origen autoinmune. Tanto una como otras, la evacuación del líquido pericárdico se hace con fines evacuadores para aliviar la opresión y la disnea del paciente haciéndose también con fines diagnósticos. Lo más importante para estos pacientes con este problema es aliviar el dolor

y la disnea mediante el drenaje que se hace de esta zona, y ver la etiología que la ha causado. Con esta técnica, se debe tener cuidado porque puede provocar neumotórax, punción de otros órganos como hígado, estómago, hemorragias dentro del pericardio o perforación del corazón y arritmias. El paciente a la llegada de la UCI o servicio de urgencias presentará:
Dificultad respiratoria, opresión en el tórax o dolor retroesternal, mareo, abdomen timpanizado, ortopnea cuando el paciente se encuentra acostado boca arriba, o acostado de lado, además puede presentar otra serie de complicaciones a nivel renal con oliguria, bajo gasto cardiaco y diaforesis.
El personal de enfermería (Enfermeras y TCE), intentarán acomodar al paciente y lo pondrá en posición de semi fowler, para que pueda respirar mejor, se le cogerá vías periféricas, se le monitorizará y se procederá a colocar el drenaje, según la pauta médica. Hay que dejar claro que este tipo de pacientes la actuación debe ser rápida, ya que la situación hemodinámica se puede complicar, en caso de fiebre se extraerán hemocultivos. El diagnóstico se hará con pruebas radiográficas y análisis de sangre como la extracción del mismo líquido para su posterior estudio por el laboratorio.

2 Objetivos

Describir el papel del TCE ante una pericardiocentesis.

3 Metodología

Hemos buscado información acerca de esta técnica mediante Google Académico, en libros de enfermería como también en revistas científicas y en otras páginas web de interés: Scielo, Medline, Elsevier. Hemos recabado información de esta técnica en protocolos de algunas unidades de cuidados intensivos, así como en técnicas de enfermería especial.

4 Resultados

El derrame pericárdico puede ser debido a una pericarditis por traumatismos, neoplasias o bien por infecciones bacterianas o micóticas, el cual debemos colaborar todo el equipo multidisciplinar a la hora de poder quitar el problema al paciente. Es necesario tener claro las funciones del personal sanitario a la hora de hacer esta técnica aséptica, ya que es una material costoso y delicado de manejar.

Una de las complicaciones que puede haber a la hora de la técnica es un taponamiento cardiaco, pudiendo este provocar la muerte súbita del paciente, debido a la gran presión que contiene el corazón para expandirse.
Una vez preparado el paciente y la acomodación del mismo y monitorización se le administra sedación intravenosa y se prepara el siguiente material:
Recursos Humanos:
Facultativo Intensivista
Enfermeras/os
TCAE
Celador
Recursos materiales:
• Equipo o set de pericardiocentesis (material estéril empaquetado).
• Batas esteriles.
• Esparadrapo.
• Paños de campo esteriles
• Gorro quirúrgico.
• Mascarilla quirúrgica.
• Guantes esteriles.
• Gasas y compresas esteriles
• Antisépticos: betadine y clorhexidina.
• Anestésico local.
• Suero fisiológico de lavado.
• Cánulas intravenosas o en su defecto angiocatéter vascular (del 14, 16 o del 18G).
• Jeringas de 10, 20 y 50ml.
• Llaves de tres pasos, con alargadera o extensión de conectores para cánula intravenosa.
• Tubos secos sin conservantes para transportar al laboratorio de anatomía patológica, bioquímica y microbiología.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:
• Una vez monitorizado al paciente y colocando el celador al paciente en posición semifowler o en posición de Morestin (antitrendelemburg, dependiendo de lo que prescriba el facultativo) y tomado las constantes, el TCE y la Enfermera, proceden a montar un campo estéril para echar todo el material excepto el set de pericardiocentesis que se echará en último lugar.
• El TCE pinta el campo con betadine por la zona donde se va a insertar el catéter

(entre el apéndice xifoides y el arco costal izquierdo), mediante círculos concéntricos desde el centro hacia la periferia.
• Se cubre la zona pintada con paños esteriles
• Se infiltra el anestésico subcutáneo
• El médico introduce el catéter hacia la bolsa pericárdica
• Una vez que sale el líquido se extrae con jeringa el líquido para su análisis
• Se procede a tomar tres tubos secos para envío al laboratorio: Bioquímica, Microbiología y estudio de Anatomía patológica.
• Se deja puesta una llave de tres pasos y conectada a una bolsa recolectora para el drenado del mismo. Midiéndose por cada turno y observando la coloración del mismo. En el caso que el débito sea abundante se procederá a cambiar la bolsa colectora, con cuidado de no manipular el catéter.
• Se tapa con esparadrapo el punto de punción.
• Se cura una vez por turno y se visualiza que no haya drenado peripunción.

5 Discusión-Conclusión

La pericardiocentesis se realiza en situaciones de máxima gravedad cuando el paciente tiene gran cantidad de líquido pericárdico que le dificulta la respiración y el movimiento fisiológico del corazón, esto se puede producir en gran medida por infecciones bacterianas o micóticas del pericardio con gran aumento del líquido, por razones de tipo neoplásico o por traumatismos. Normalmente esta técnica se hace mediante monitorización del paciente en el servicio de UCI o en Reanimación, siempre guiado por el facultativo y por un equipo de enfermería, que prepara el material y acomoda al paciente con la ayuda del celador y que está velando por la seguridad del paciente en todo momento. Tiene una serie de complicaciones que puede aparecer en el momento de la punción y que puede llegar a peligrar la vida del paciente dando lugar al taponamiento cardiaco y la muerte súbita, otras complicaciones derivadas de la técnica es el neumotórax por la perforación del catéter en el pulmón, al igual que la perforación hepática que también puede darse. Después de la inserción del catéter para evacuar el líquido pericárdico, el paciente se le controla las constantes vitales y el TCE se fijará en la coloración y en el llenado de la bolsa colectora que valorará también el facultativo, para el cambio de la misma se hará junto con la enfermera/o, además es importante estar atentos a la cantidad de diuresis que el paciente emite para valoración por el facultativo. Para terminar aunque sea una técnica invasiva ha salvado la vida de muchos pacientes con problemas de este tipo y todavía se sigue estudiando la etiología del porqué. Se debe hacer por manos expertas este tipo

de técnica, pudiendo hacerse de forma diagnóstica o terapéutica a la hora de una aumento del líquido pericardio o bien en diagnóstico de otra serie de patologías infecciosas o tumorales.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.2015.
2. Pericardiocentesis. Manual de enfermería intensiva, 2012 - dialnet.unirioja.es
3. Taponamiento cardíaco y pericardiocentesis. Nursing (Ed ..., 2015 – Elsevier
4. http://www.atensalud.com/2019/08/pericardiocentesis.html

Capítulo 271

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

MARIA GONZÁLEZ REVUELTA

NURIA CORTA SALAS

EVA GONZALEZ LUNA

1 Introducción

En la atención de una urgencia psiquiátrica se incluyen los siguientes objetivos: precisar el factor desencadenante, intervenir y prevenir recaídas y vincular al paciente y su familia con el equipo sanitario donde se hará la atención.
Una urgencia psiquiátrica se suele atribuir a la descompensación de un trastorno psiquiátrico de base, cuando el paciente ya es conocido para el equipo. De todas maneras hay que diferenciar entre un cuadro funcional y uno orgánico, y para ello el paciente ha de ser evaluado a conciencia para poder así excluir una causa toxicológica un trastorno médico.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma parte del equipo multidisciplinar. Su función es muy importante, ya que ante cualquier crisis de este tipo de paciente deberá cumplir las órdenes del resto del equipo, así como hacer la labor de custodia del mismo. Es por esto que el técnico auxiliar de enfermería es el que más tiempo pasa acompañando al paciente psiquiátrico debido a sus funciones básicas dentro del equipo multidisciplinar. Así mismo el trato personal con el paciente psiquiátrico ha de ser muy medido, sin exceso de confianza, pero con

empatía suficiente. La familia también toma un papel muy importante en cuanto a la comunicación con el paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es conocer donde se podrán desarrollar este tipo de urgencias psiquiátricas, así como conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos llevado a cabo una búsqueda exhaustiva en algunas plataformas online y revistas científicas que contenían los siguientes términos: paciente psiquiátrico, urgencias psiquiátricas y funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante pacientes psiquiátricos.

4 Resultados

Dentro del contexto de hospital general, a la hora de atender una consulta de psiquiatría en el servicio de urgencias hay que tener en cuenta los siguientes escenarios posibles:

- Puede ser que la aparición de síntomas psiquiátricos sea resultado de enfermedades orgánicas. Es decir, a consecuencia de padecer una enfermedad de otro tipo, el paciente desarrolla un problema psiquiátrico.
- Se ha detener en cuenta que el padecer un trastorno psiquiátrico puede producir síntomas físicos.
- También hay que tener en cuenta que el trastorno psiquiátrico puede coexistir con una enfermedad orgánica.

Es importante tener en cuenta como abordar apropiadamente el tipo de paciente de que se trata, con ideación suicida o intento suicida reciente o un paciente con delirium. En los servicios de urgencias los casos psiquiátricos suelen tener una ventana única, y esto puede causar un impacto significativo en la evolución y pronóstico. Se debería de hacer una valoración inmediata a la hora del ingreso y adoptar así las medidas oportunas para cada caso.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene funciones muy extensas y diferentes, dependiendo del servicio donde desempeñe su trabajo. Dentro del servicio de urgencias es donde se unen todas las funciones del auxiliar

de enfermería porque es donde tiene contacto con todo tipo de patologías y pacientes de todas las edades.
Ante el paciente psiquiátrico destacamos las siguientes funciones:
- Ayudar al aseo e higiene diaria.
- Proporcionar la ayuda necesaria para vestirse o desvestirse.
- En caso de pacientes dependientes cubrir las necesidades de alimentación e hidratación.
- Proporcionar orientación y descanso al paciente.
- Hacer cumplir las medidas terapéuticas concretas para cada paciente, es decir, se debe vigilar: tratamientos, sondas, vías intravenosas, etc. Siempre que sea necesario y bajo prescripción médica se colocarán las medidas de contención oportunas con el fin de evitar heridas, roces o cualquier otro daño para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes tipos de urgencias psiquiátricas, dependiendo del escenario clínico en el que tengan lugar, consulta ambulatoria, unidad de urgencias u hospitalización general. Es por esto que todos los profesionales médicos deben de tener conocimientos para valorar estos casos y así poder actuar en la mayor brevedad posible, con un buen reconocimiento y manejo inicial.
Como caso importante se da el que el paciente tenga relacionadas una enfermedad psiquiátrica con una enfermedad médica, ya que algunos síntomas físicos pueden ser producto de un trastorno psiquiátrico. Y de igual manera los síntomas psiquiátricos pueden ser el resultado de enfermedades orgánicas, medicamentos o abuso de otras sustancias.

6 Bibliografía

Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1999). Sinopsis de psiquiatría (pp. 362-98). Medica.
Nieto, R., Iribarne, C., Droguett, M., Brucher, R., Fuentes, C., & Oliva, P. (2017). Urgencias psiquiátricas en el hospital general. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(6), 914-922.
Caballero, A. J., & Reyes-Muelas, P. Personalización Enfermera. Calidad percibida por los pacientes de salud mental del Hospital de Poniente.

Capítulo 272

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCE) EN TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS Y EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

IRENE ESPINOSA ESCRIBANO

ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ

CRISTINA MOHEDANO CASTILLO

1 Introducción

Antes de empezar a describir cuáles son las técnicas más habituales para poder prestar una terapia médica en pacientes renales crónicos. En primer lugar, vamos a definir que es la Insuficiencia Renal Crónica.
La IRC (Insuficiencia Renal Crónica) Es la incapacidad que tiene el riñón de poder filtrar la sangre de las impurezas y mantener un equilibrio hidroelectrolítico a nivel sistémico. Esta insuficiencia no ocurre a corto plazo, sino que va a ir poco a poco encontrándose en enfermedades silentes como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades congénitas del riñón, glomerulonefritis y algunas patologías renales producidas por abusos de fármacos que pueden dar con el tiempo este tipo de problemas, produciéndose una azotemia (urea y creatinina elevada en sangre) pudiendo dar lugar a una encefalopatía ureica, por eso es importante valorar el filtrado glomerular para ver en qué grado se encuentra la IR (Insuficiencia Renal).

Los cuidados que deben tener estos pacientes antes de la puesta en marcha de conectarse a una máquina de hemodilización es hacer una inserción vascular donde se va une una arteria y una vena para poder transferirla a la máquina de dialización.
La hemodiálisis o dialización consiste en un proceso físico-químico mediante una membrana semipermeable se consigue la separación de solutos disuelta en el agua.
Los pacientes renales son personas con una serie de peculiaridades a nivel dietético, ya que por el problema creado como es su IRC, el personal de enfermería debe tener cuidado con la alimentación referente a las proteínas y otros iones como el potasio., así como la ingesta de líquidos, debiéndose valorar la cantidad de líquidos que debe de ingerir.
En este tipo de pacientes la valoración de la diuresis es importante aunque sea una diuresis escasa (oliguria) o de anuria sin orina en las 24 horas.
El TCE debe vigilar a la hora del aseo la piel de estos pacientes, ya que tienen tendencia a la sequedad de la piel, prurito, eccemas y otras clases de lesiones secundarias de la piel.
Los pacientes que están sometidos a diálisis le va a generar tristeza, desconfianza, inseguridades, así como frustración, lo que va a transmitir a la familia, provocando una serie de problemas psicosociales tanto para el paciente como para la familia.
Por último, debemos decir que esta patología conlleva un importante problema de salud pública, con un elevado coste tanto de personal como de material y de fármacos.
En todas las unidades de hemodiálisis debe haber máquinas de dializar que tengan respuestas a pacientes que estén contagiados de hepatitis, ya que por el problema de contagio deben de estar aparte del resto de pacientes, teniendo especial cuidado en las líneas y sistemas de perfusión de estos pacientes, todas las líneas y sistemas deben de estar heparinizados a la hora de conectar al paciente en la máquina, pesándolos antes y después de su tratamiento.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCE en el cuidado de pacientes con hemodiálisis y enfermedad renal crónica.

3 Metodología

Nos hemos apoyado en la búsqueda de bibliografía, por diferentes bases de datos: Scielo, Medline, así como en revistas científicas de cuidados de enfermería ante pacientes sometidos a diálisis renal. Todo con el propósito de recabar información para la realización de esta temática.

4 Resultados

La diálisis es un tratamiento que consiste en extraer de forma extracorpórea sangre del paciente y llevarlo a una máquina donde va a hacer la función de riñón. Se va a hacer mediante una fístula arteriovenosa en la unión de una arteria y una vena normalmente en el brazo o antebrazo del paciente
Los cuales pueden ser:

• Catéteres vasculares (tipo Shaldon, o vía central de acceso venoso rápido en caso de diálisis por insuficiencia renal aguda).
• Fístulas arteriovenosas, que se van a clasificar dependiendo de la fístula que se haya elegido para la colocación de la misma.
• El TCE preparará en paños estériles dichos catéteres que verificará en la lista del paciente el tipo de fístula con su respectivo catéter y aguja, como jeringas y tubos de analítica.
• Pesaremos al paciente antes y después del tratamiento de diálisis
• Acomodaremos al paciente en la cama y ayudaremos al lavado de la fístula arteriovenosa con la ayuda de la enfermera.
• Tomar constantes vitales antes y durante el proceso de diálisis
• Anotar la ingesta del paciente durante el tratamiento, teniendo cuidado en las frutas (plátano, pera, etc.) por el aumento del potasio que estas llevan, además de la ingesta de líquidos que anotaremos en cada toma.
• Vigilar de los signos y síntomas que nos llamen la atención y comunicarlo lo antes posible a la enfermera responsable del paciente algunos pacientes pueden tener hipotensiones que deben de ser corregidas en el momento.
• El TCE una vez terminado el tratamiento de diálisis y desconectado el paciente por la enfermera, desmonta la máquina de diálisis y hace la limpieza y desinfección de la misma con instrument, así como con hipoclorito de sodio diluido.
• El TCE ayudará a todas aquellas labores que sean requeridas por el servicio de hemodiálisis, llevándose a cabo una asistencia sanitaria integral y holística con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TCE debe familiarizarse con el tipo de pacientes que va a tratar y con lo que es la enfermedad renal crónica, es la pérdida de las nefronas de forma congénita o bien por lesiones secundarias metabólicas como la diabetes o por hipertensión arterial y del material a utilizar.
Gracias a la diálisis muchos pacientes pueden estar durante mucho tiempo con una esperanza de vida que aunque no es la más aceptable pero si a larga la vida de los mismos, hasta la sustitución de un órgano compatible.
Es un impacto que el paciente tiene de forma emocional, ya que su vida se ve muy dependiente a la diálisis, hasta la llegada de un trasplante renal compatible con el mismo, dando lugar a que el paciente y también la familia se vayan haciendo a este nuevo plan de vida, ya que tanto para el paciente como la familia producirá frustración rabia, ansiedad y miedos.
El TCE junto con la enfermera colabora de una forma activa en los cuidados integrales del mismo, en lo que se refiere tanto a tratamiento como cuidados generales vigilando por su bienestar físico y psíquico en todo momento, fomentando el autocuidado del paciente.
El paciente se debe de mentalizar de la falta que le hace el poder dializarse para que su organismo se limpie de las toxinas que produce su organismo, hasta la llegada de un órgano que sustituya a la diálisis.
Es fundamental que siga unos hábitos higiénicos saludables con respecto a la higiene y a la alimentación para que no se agraven más los síntomas de la enfermedad renal, que se va a conseguir con la ayuda del personal médico, de enfermería y de la familia.

6 Bibliografía

1. Ética en los cuidados de enfermería a pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Medisur, 2016 - scielo.sld.cu
2. Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill.2015.
3. Autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Instituto de Ciencias Biomédicas, 2018 - cathi.uacj.mx.
4. Cuidados de la Fístula Arteriovenosa durante la sesión de Hemodiálisis. revista Ene de Enfermería, 2013 - ene-enfermeria.org.

Capítulo 273

CONCEPTOS CLAVE DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DIRIGIDOS AL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

IRENE IZQUIERDO MURILLO

ROCÍO MORA GUÍO

FABIOLA TORRES TOLEDO

ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ

MILAGROS MUÑOZ MARTIN

1 Introducción

En el medio hospitalario como técnica permite resolver determinados problemas sin necesidad de abrir el abdomen y el tubo digestivo. Y que ayuda a diagnosticar e iniciar el tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo superior: esófago, estómago y duodeno. Reduciendo riesgos y complicaciones. En el ámbito de las endoscopias el papel de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería es muy importante. Ya que desempeñan un papel clave para el proceso de las gastroscopias y endoscopias.
Los TCAE son los que informarán a los pacientes del procedimiento a llevar a cabo antes de realizar cualquier especialidad dentro de las endoscopias. Como la gastroscopia y colonoscopia.

Y se encargarán de la recepción del paciente y a indicar al paciente que hacer y acomodarlos, durante los procedimientos anteriormente citados. También ayudarán al médico y enfermeras dentro de sus competencias.
Manteniendo el equipo en perfectas condiciones, su funcionalidad, cuidado: como limpieza, desinfección y esterilización. Como también su recogida. También deberán de hacerse cargo del material y hacer el pedido.
También se recogerán muestras y se llevarán al laboratorio para evitar infecciones a los pacientes. A continuación también se hablará sobre el cuidado del área de trabajo y su material. Y como se tendrá que dejar todo, lo que se debe dejar preparado y lo que no se debe de hacer por el TCAE.

2 Objetivos

Dar a conocer las endoscopias y las funciones del tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria a la hora de realizarlas.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica por webs de búsqueda y divulgación científica, así como una revisión de los protocolos del HUCA.
La revisión bibliográfica o teórica sobre la temática "funciones del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería" (TCAE) en la unidad de endoscopias" se ha llevado a cabo a través de la búsqueda y análisis de información obtenida de diversas fuentes científicas, entre las que destacan bases de datos como Medline, Scielo, Ebsc, etc. Además de la búsqueda en diferentes artículos publicados en revistas, pósteres de congresos, comunicaciones y capítulos de libros. Para dicha búsqueda se han usado los siguientes descriptores "endoscopias", "funciones TCAE", "salud" y "área de endoscopias".

4 Resultados

Debido a las especialidades dentro de las endoscopias. Como la endoscopia digestiva alta (gastroscopia) o la endoscopia digestiva baja la colonoscopia. El médico podrá diagnosticar diferentes enfermedades. Pudiendo adelantar algún resultado en día de la exploración.
Ayudándole a poder hacer un informe de la prueba con posibles hallazgos como

pólipos, úlceras y otras enfermedades etc. Y pudiendo adelantar posibles enfermedades durante el procedimiento. Y dándole toda la información posible.
Los objetivos en esta especialidad será el conocimiento por parte de las TCAE del procedimiento y el protocolo a seguir. Para que en a realización del mismo protocolo. Puedan dar lugar a desarrollar tanto al médico como las enfermeras dichas técnicas.
Informar al paciente en todo lo que implica los procedimientos de la endoscopia a realizar. Anterior y posteriormente. Como preparar el área de trabajo antes de empezar y dejarla preparada al terminar para las siguientes endoscopias.
Y así el médico poder realizar numerosas endoscopias, diagnósticos y pequeñas intervenciones cada día. Así como que el trabajo fluya mas rápido y sin contratiempos. Tanto durante el procedimiento, para el médico, enfermeras y la propia TCAE. Y poder mantener el equipo en perfectas condiciones en su funcionamiento, limpieza, desinfección y esterilización y finalmente guardarlo en los armarios habilitados para tales propósitos.
Llevando a cabo todas estas funciones el TCAE hará posible todo lo anterior mencionado. Y lo mas importante contribuirá dentro de sus posibilidades y su cargo a: a mantener al paciente dentro de lo posible cómodo durante la endoscopia, a un diagnóstico y a lo que todo conlleva eliminación de pólipos, diagnóstico de cáncer, extracción de cuerpos extraños, biopsias.
Al igual que facilitarle el trabajo también al médico como al personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Esta especialidad ayuda a reducir los riesgos y complicaciones sin ninguna operación quirúrgica. Y detectar posibles enfermedades y aplicando tratamiento en beneficio del paciente.
Las TCAE entre muchas de sus responsabilidades en las endoscopias están: colaborar en la preparación previa del paciente (psicológica y física), la recogida de muestras y adecuada conservación, colaborar en la realización de las pruebas dentro de su cargo en el nivel de sus competencias y preparación del material previo a la prueba y en posterior, recogida, limpieza, desinfección y esterilización.
Y mantener el equipo en perfectas condiciones. Ya que si no realizase las funciones y el protocolo la TCAE no podría llevarse a cabo dicha especialidad.

6 Bibliografía

1. Lorenzo-Zúñiga V, Moreno-de-Vega V, Boix J. Preparation for colonoscopy: types of scales and cleaning products. Rev esp enferm dig. agosto de 2012;104(8):426-31.
2. Gómez M, Llach J. Papel de la enfermera en la endoscopia digestiva. Gastroenterología y Hepatología. 1 de enero de 2009;32(1):44-7.
3. Sánchez-del-Río A, Pérez-Romero S, López-Picazo J, Alberca-de-las-Parras F, Júdez J, León-Molina J, et al. Indicadores de calidad en colonoscopia. Procedimiento de la colonoscopia. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2018;110(5):316-26.

Capítulo 274

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

IRENE IZQUIERDO MURILLO

ROCÍO MORA GUÍO

FABIOLA TORRES TOLEDO

ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ

MILAGROS MUÑOZ MARTIN

1 Introducción

En la Unidad de salud mental es común que los pacientes coman todos juntos en el comedor, y el técnico en cuidados de enfermería supervisará de continuo esta actividad, contando los cubiertos al finalizar cada comensal. Ha de registrar la ingesta y la diuresis, anotando también la conducta alimenticia (por ejemplo, si evita compartir mesa con otros, si solo toma alimentos envasados, si evita los sólidos o líquidos, etc.). Le debe alentar a que exprese los temores que le producen los alimentos, por ejemplo, si piensa que con ellos le están envenenando. Cuando presente este tipo de ideas, puede ser útil que los alimentos vengan sellados y que sea el propio paciente quien los abre y los prepare.

Fomentará el aseo diario, supervisando que el paciente lo haga correctamente, pero concediéndole intimidad. Si este no lo hace por sí mismo, le ayudará, pero ha de implicarle progresivamente en esta tarea para que gane independencia, valorando las dificultades reales que le impiden el autocuidado.
El técnico ha de valorar el potencial de violencia del paciente hacia sí mismo y hacia los demás.
En caso de agitación o agresividad retirará objetos dañinos del entorno, observándolo de cerca. En caso necesario solicitará ayuda de otros profesionales, mientras le habla tranquilamente para apaciguar la angustia que le invade. Ante conductas inaceptables, el técnico debe poner límites, ofreciendo al paciente alternativas adecuadas. Si manifiesta ideas suicidas, se retirarán los objetos peligrosos o medicamentos de su alcance, vigilándole de manera continua. Indicadores de riesgo inminente de suicidio en pacientes con enfermedad mental son: alucinaciones auditivas exigentes, humor paranoide, impulsividad, desesperanza tras brote psicótico, depresión mayor, alteraciones conductuales, cambio ciclo-típicos, entre otros.
El técnico pondrá en conocimiento de su superior cualquier signo de síndrome extrapiramidal como reacción a los medicamentos antipsicóticos (hiperhidrosis, falta de equilibrio, parkinsonismos, hipotensión ortostática, etc.). Es habitual que estos pacientes presenten ansiedad. En esta línea el técnico en cuidados debe recoger datos sobre su estado y nivel de ansiedad, identificando qué situaciones la desencadenan y ayudándole a él mismo a identificarlas. Se le ha de proporcionar un ambiente cómodo, ordenado y relajado, demandándole acciones acordes con sus posibilidades, empezando por las más sencillas. Se le ha de hablar con un tono de voz suave, pero firme, que le dé confianza y seguridad. Ha de enseñarle a que verbalice lo que siente (miedo, tensión, etc.).
Para disminuir su ansiedad, se le enseñarán métodos que favorezcan la relajación, como por ejemplo la respiración controlada. Si el paciente presenta un estado de déficit de actividades recreativas en el que hay interés o compromiso decrecientes para involucrarse en actividades de dentro de la Unidad, el profesional técnico sanitario debe valorar si se debe a alguna limitación, como dificultad para concentrarse o movimiento limitado. Le debe preguntar a él o su familia por sus preferencias y aficiones habituales. Es bueno comenzar por las actividades más sencillas que le reporten satisfacción y autoestima, e ir aumentando progresivamente la dificultad. Si se muestra cansado o con falta de interés, se le debe proponer cambiar de actividad.
Le ha de reforzar positivamente los logros obtenidos y fomentar que tome decisiones que le sirvan de entrenamiento para otras áreas. En caso de tendencia

hacia el aislamiento, el técnico debe establecer con el paciente una relación de confianza que le sirva de puente en la relación con los otros.
Ha de respetar sus silencios, pero intentando la comunicación. Se le debe animar gradualmente a interactuar con sus compañeros, ayudándole a identificar ideas erróneas que puedan interferir en la interacción social. Si el paciente verbaliza o muestra signos de despersonalización, no siendo capaz de discriminar lo que pertenece a su persona y lo que no, se le ha de proponer actividades que le permitan un trabajo de exploración de su cuerpo, cómo el psicodrama, expresión corporal, etc.
Se ha de favorecer el contacto con otras personas para que a través de ellas restablezca su propia identidad, dándole un ambiente en el cual sea aceptado sin competitividad alguna. Con el fin de aumentar la autoestima del paciente, muchas veces mermada por la enfermedad, el técnico ha de proponerle que exprese posibles sentimientos de poca valía o incapacidad e identificar las causas.
Ha de aceptar al paciente tal como es, sin emitir juicios de valor y tratándole con respeto. Le propondrá actividades, tareas y responsabilidades con expectativas realistas, fáciles de lograr. Gradualmente, irá incrementando su dificultad, recompensando cualquier logro por pequeño que sea, para darle confianza hacia futuros logros.
En las visitas al paciente por parte de su familia en la unidad de salud mental, el profesional sanitario debe aprovechar para establecer una relación de confianza con ella, invitándoles a que exprese los sentimientos que le produce la situación del paciente. Se les informará de las normas de la unidad, como por ejemplo los horarios de visitas y lo que pueden traerle o no al paciente. Se le puede enseñar a corregir ciertas formas de comunicación que favorezcan la relación con él, planificando conjuntamente con ellos distintos objetivos para mejorarla.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Es promover la creación de una estructura que permita y facilite el desarrollo de las funciones del técnico en enfermería en las unidades de salud mental.

Objetivo secundario:
- Mostrar los ejes transversales para poder realizar un tratamiento adecuado y rehabilitador de este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos en las principales bases de datos como Scielo, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente. Se excluyeron artículos publicados antes del año 1990.
En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave. Palabras claves: salud mental, reforma, psiquiatría, unidades de salud mental y terapia comunitaria.

4 Resultados

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos está en gran aumento en la gran mayoría en las personas sobre todo en estos tiempos de pandemia.
Se tienen en cuenta determinados instrumentos de evaluación para realizar un diagnóstico como son la entrevista estructurada recogida datos socio-demográficos, el examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad, el cuestionario autoaplicado de screening y la escala de Riesgo Suicida de Plutchik entre otros.
En la Unidad de salud mental es común que los pacientes coman todos juntos en el comedor, y el técnico en cuidados de enfermería supervisará de continuo esta actividad, contando los cubiertos al finalizar cada comensal. Ha de registrar la ingesta y la diuresis, anotando también la conducta alimenticia (por ejemplo, si evita compartir mesa con otros, si solo toma alimentos envasados, si evita los sólidos o líquidos, etc.). Le debe alentar a que exprese los temores que le producen los alimentos, por ejemplo, si piensa que con ellos le están envenenando. Cuando presente este tipo de ideas, puede ser útil que los alimentos vengan sellados y que sea el propio paciente quien los abre y los prepare.
Fomentará el aseo diario, supervisando que el paciente lo haga correctamente, pero concediéndole intimidad. Si este no lo hace por sí mismo, le ayudará, pero ha de implicarle progresivamente en esta tarea para que gane independencia, valorando las dificultades reales que le impiden el autocuidado.
Debe ayudarle a incorporar buenos hábitos de aseo si los que tiene son defectuosos, promoviendo el aspecto aseado para verse mejor a sí mismo y como forma de ser mejor aceptado por los demás. Se procurará que el paciente vista ropa de calle y no hospitalaria salvo orden médica, para aumentar su autoestima y sus deseos de hacer vida social. En pacientes con esquizofrenia catatónica es frecuente tener que forzar la evacuación rectal y vesical, hacerles cambios posturales para

prevenir escaras, estimularles verbalmente y en casos graves, alimentarles por sonda. Respecto a los patrones de sueño, el técnico en cuidados de enfermería registrará la duración de las horas de sueño, así como si hay o no interrupciones frecuentes.

Ha de favorecer una habitación libre de estímulos, como ruidos, luces, etc., que impidan el reposo, así como mantener una temperatura adecuada de la misma.

Debe proponer al paciente un programa de actividades diurnas físicas y mentales que lo "fatiguen" de día para que descanse bien de noche, evitando el sueño diurno, largas estancias en la cama o excesivo reposo y tiempos sin estructurar.

Puede dar medidas favorecedoras del descanso, como proponerle una ducha o baño caliente o darle una infusión antes de dormir. Ha de prevenir el despertar precoz, evitando en la medida de lo posible entrar demasiado pronto en la habitación de los pacientes. Cuando el paciente sufra un episodio de alteraciones sensoriales, o delirios, ha de valorarse si este puede comprometer o no la supervivencia o integridad del individuo, y obrar en consecuencia. Se ha de tener como objetivos interrumpir el episodio y lograr una percepción realista del torno y de sí mismo. Para ello debe limitar el número de estímulos que rodean al paciente que pueden ser distorsionantes, valorando la respuesta de este ante ellos.

Ha de buscar datos que puedan indicar actividad perceptiva patológica, como intentos de escucha, mutismos, uso de ciertas expresiones, etc. La comunicación entre profesional y paciente ha de ser directa y concreta. No se ha de conversar con "voces" o reforzarle en la idea de que estas son reales. Ha de disminuir el miedo, la ansiedad o agitación del paciente dentro de un ambiente estructurado con actividades sistematizadas. Debe darle la oportunidad y animarle a que verbalice lo que siente sobre sus percepciones. Es importante que el profesional sanitario respete el espacio personal del paciente, procurando no invadirlo, estableciendo contacto físico con precaución, ya que, en el caso de pacientes con ideas delirantes de perjuicio, lo pueden percibir como una amenaza. En casos así ha de aprovecharse para intentar identificar las necesidades emocionales que subyacen en esas ideas de sospecha, dándoles respuesta. Se le explicarán al paciente las acciones, tratamientos, medicaciones, etc., antes de llevarlas a cabo. Si las ideas delirantes son de perjuicio y/o persecución, le ayudará a mantenerse seguro y a confiar en el equipo, pero sin reforzar la idea.

No se enfrentará ni le tratará de convencer de que dichas ideas son falsas ni irreales, sino que interactuará con el paciente en base a hechos reales, asumiendo actitudes prácticas, empatizando y dándole el apoyo necesario, sin hacer bromas ni comentarios que puedan ofenderle. Para reorientarle en el espacio-tiempo actual, ha de centrar su atención en actividades que le permitan tener contacto con

la realidad y que le ayuden a no estar encerrado en su mundo.
Es útil permitirles el acceso a noticias actuales mediante la TV, radio o prensa. Se le debe animar a que verbalice las dificultades que le crean en la vida cotidiana sus delirios. La seguridad del paciente y de su entorno en la Unidad Psiquiátrica es primordial.
El técnico ha de valorar el potencial de violencia del paciente hacia sí mismo y hacia los demás.
En caso de agitación o agresividad retirará objetos dañinos del entorno, observándolo de cerca. En caso necesario solicitará ayuda de otros profesionales, mientras le habla tranquilamente para apaciguar la angustia que le invade. Ante conductas inaceptables, el técnico debe poner límites, ofreciendo al paciente alternativas adecuadas. Si manifiesta ideas suicidas, se retirarán los objetos peligrosos o medicamentos de su alcance, vigilándole de manera continua. Indicadores de riesgo inminente de suicidio en pacientes con enfermedad mental son: alucinaciones auditivas exigentes, humor paranoide, impulsividad, desesperanza tras brote psicótico, depresión mayor, alteraciones conductuales, cambio ciclo-típicos, entre otros.
El técnico pondrá en conocimiento de su superior cualquier signo de síndrome extrapiramidal como reacción a los medicamentos antipsicóticos (hiperhidrosis, falta de equilibrio, parkinsonismos, hipotensión ortostática, etc.). Es habitual que estos pacientes presenten ansiedad. En esta línea el técnico en cuidados debe recoger datos sobre su estado y nivel de ansiedad, identificando qué situaciones la desencadenan y ayudándole a él mismo a identificarlas. Se le ha de proporcionar un ambiente cómodo, ordenado y relajado, demandándole acciones acordes con sus posibilidades, empezando por las más sencillas. Se le ha de hablar con un tono de voz suave, pero firme, que le dé confianza y seguridad. Ha de enseñarle a que verbalice lo que siente (miedo, tensión, etc.)

5 Discusión-Conclusión

Las personas que tienen enfermedad mental la presentan en múltiples formas clínicas, con grandes variaciones individuales. Puede iniciarse de forma brusca o insidiosa. Su curso puede ser crónico, ininterrumpido, o puede evolucionar a brotes, con temporadas libres de actividad de la enfermedad. Puede tener un curso extremadamente grave, con importante deterioro de la personalidad, o puede en algunos casos permanecer latente tras el primer brote sin volver a manifestarse y deterioro evidente.
La hospitalización del paciente con enfermedad mental grave y duradera en mo-

mentos necesarios permite a este liberarse de presiones sociales y/o familiares, y de la angustia que provoca la enfermedad, brindándole un ambiente protector, y permitiéndole que reinicie la medicación o se ajuste a esta.

El Técnico auxiliar de enfermería es el profesional que más tiempo pasa con el paciente ingresado en la unidad de salud mental, por lo que su intervención va a resultar muy importante y relevante en la estancia y recuperación de dicho paciente. Se convierte en la persona de referencia para la mayoría de cuestiones diarias en dicha Unidad. Es quien acoge la llegada del paciente y sus acompañantes en el momento del ingreso. Ha de presentarse a ellos, presentar al resto del equipo terapéutico, enseñarle el espacio físico de su habitación y los distintos lugares de la Unidad donde se desarrollarán las intervenciones. Ha de orientarle sobre los distintos horarios y normas que rigen y las posibilidades de ocio que tiene allí.

Si el ingreso ha sido de manera involuntaria, ha de explicarle todo lo relativo al motivo del ingreso y a las implicaciones legales que ello conlleva. Es necesario que el técnico en cuidados de enfermería tome parte activa en la estimulación del paciente hacia la actividad dentro o fuera del hospital. No debe actuar como mero cuidador, sino con la suficiente iniciativa para que el paciente se movilice, por ejemplo, encauzándole hacia una vida lo más normalizada posible una vez que salga de allí. Esta estimulación ha de estar dirigida hacia su independencia en la medida de lo posible, no haciendo por él lo que pueda hacer, por ejemplo, dejando que se asee solo. El tipo de relación entre profesional sanitario y paciente psiquiátrico debe estar basada en la confianza, estableciendo las responsabilidades de cada uno, para poder planificar junto con el resto del equipo la intervención terapéutica a desarrollar. Dialogando con él el profesional puede obtener una idea de cómo asume el paciente su problemática y su hospitalización, y de los objetivos que espera lograr con ella. Ha de aceptar al paciente como persona, aunque no se aprueben sus conductas patológicas, pero fijando límites para las que son inaceptables, a la vez que refuerza las sanas.

Esta confianza establecida no ha de permitir que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se convierta en el único confidente ni que el paciente la aproveche para obtener favores especiales. Es necesario marcarse unos objetivos a corto y largo plazo. Los primeros deben ser lo más concretos posibles, y son los que indicarán si la intervención está siendo eficaz o no. En caso de que no se estén cumpliendo habrá que modificar el plan de cuidados. Respecto a los segundos, no hay que olvidar que muchas de las enfermedades mentales son crónicas, por lo que estos van a requerir una gran dosis de paciencia y dedicación.

6 Bibliografía

1. Bobes García J. (y otros). “Salud mental: enfermería psiquiátrica”. Madrid, Síntesis, 1994.
2. Pellicer, Y., La estrategia terapéutica de la crisis. Revista de Psicopatología, Madrid, 1989.
3. Cuidados de enfermería en salud mental Segunda edición Linda Eby, Nancy J. Brown.
4. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill

Capítulo 275

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE ORINA DEL LACTANTE

ROCÍO MORA GUÍO

FABIOLA TORRES TOLEDO

ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ

MILAGROS MUÑOZ MARTIN

IRENE IZQUIERDO MURILLO

1 Introducción

En los lactantes es habitual la infección del tracto urinario (ITU), considerándose una carga de bacterias que se localizan en el tracto urinario y que dan lugar a una serie de signos y síntomas (entre ellos, fiebre). La sintomatología, a otra edad puede consistir, además, en escozor, molestias al orinar, etc.
Llevar a cabo una adecuada recogida de la muestra de orina puede prevenir la aparición de lo que se conoce como falsos positivos. Para ello, la técnica ha de practicarse del modo más estéril posible y previniendo la utilización de métodos invasivos, siempre y cuando sea posible. No obstante, el método más fiable es la aspiración mediante punción suprapúbica, al prevenir que la orina pase por

la uretra. También la colocación de una sonda vesical puede ser una alternativa, pero al igual que la punción suprapúbica, es un método invasivo que suele requerir la sedación del paciente.
Sin llegar a las técnicas invasivas, puede recurrirse a la utilización de una bolsa autoadhesiva, si bien se trata de una técnica con mayor riesgo en lo que respecta a la posible contaminación de la muestra. La recogida "al acecho" sería otra alternativa.
En niños continentes, aunque no sería el caso que nos ocupa, el chorro medio de la micción, es un método alternativo y más adecuado.
Para hablar de infección de orina debe darse una determinada presencia de leucocitos y/o nitritos en la muestra.

2 Objetivos

Describir las posibles técnicas de recogida de orina que el TCAE puede utilizar ante el lactante, practicándola de la forma más estéril posible.

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

Según la bibliografía consultada y los resultados que en ella se ofrece, resulta imprescindible incidir en la importancia de llevar a cabo una adecuada recogida de la muestra de orina, especialmente en el caso de los pacientes lactantes.
En la medida de las posibilidades, la técnica ha de ser lo más aséptica posible y lo menos invasiva para el paciente, así se reducirá el riesgo de contaminación derivado de una recogida inadecuada y se evitarán falsos positivos.
La punción suprapúbica es un método invasivo, pero ciertamente es una técnica relativamente fácil de practicar y en la que el TCAE puede colaborar, por ejemplo, preparando al paciente y/o el material.

Una alternativa, el sondaje vesical, requiere la colaboración del paciente. En el caso de los lactantes, al no existir colaboración por parte del paciente, se requiere el uso de sedación.
En cuanto a métodos no invasivos, se cuenta con la posibilidad de utilizar una bolsa autoadhesiva. En este caso, cabe indicar que el riesgo de contaminación de la muestra es elevado. Como alternativa, se puede optar a la recogida "al acecho". En varios estudios, se considera la técnica de elección, debido a su sencillez y al hecho de ser menos traumática para el paciente. No obstante, exige cierta destreza y gran colaboración por parte del personal de enfermería y/o de la familia, que habrán de estar atentos para recoger la orina "al vuelo".
506
Si se tratase de un paciente de más edad, continente, se podría optar a una técnica no invasiva más adecuada, la que permite recoger el chorro medio de la micción en un frasco, tras practicarse una correcta higiene genital.
En cualquiera de los métodos mencionados, la asepsia resulta fundamental. La preparación de un campo estéril, el uso de guantes estériles, llevar a cabo una correcta higiene de la zona genital; permitirán reducir el riesgo de contaminación de la muestra y así, se evitarán falsos positivos.
Entre los problemas de practicar la recogida de la muestra de una forma inadecuada y sin medidas de asepsia, puede suponer serias complicaciones para el paciente. Entre ellos, la aplicación y/o administración de tratamientos innecesarios, una mayor estancia en el centro, un gasto más elevado e injustificado para el sistema sanitario, etcétera.

5 Discusión-Conclusión

La infección del tracto urinario (ITU) se da con relativa frecuencia en la infancia, siendo un motivo habitual de consulta, debido a su sintomatología, entre la que se encuentra la aparición de fiebre.
El personal de enfermería debe hacer una recogida adecuada de muestra orina con la que analizar y detectar cualquier posible carga bacteriana. Bien es cierto que ante niños y, más concretamente lactantes, se trata de una ardua labor si se quiere evitar la contaminación de la muestra.
Existen varios métodos a los que recurrir. Unos no invasivos (utilizables por parte del TCAE) y otros invasivos, en los que el TCAE podrá colaborar con el resto de profesionales, pero que no podrá llevar a cabo de manera directa.
En el caso del paciente lactante, hay que valorar cuál es el mejor método. Para evitar un falso positivo, los estudios aconsejan recurrir a las técnicas invasivas,

eso sí, más traumáticas para el paciente y en los que se requiere gran colaboración por parte de los familiares.
Se debe tratar de utilizar un método no invasivo. El más cómodo, en el caso de los lactantes, puede ser el uso de la bolsa autoadhesiva, pero si queremos reducir el riesgo de contaminación, la recogida al acecho puede ser el más adecuado.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2009/01. Disponible en www.guiasalud.es/egpc/ITU/completa/index.html
2. González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de vías urinarias en la infancia. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2014;1:91-108.
3. Herreros Fernández ML, González Merino N,Tagarro García A, Pérez Seoane B, de la Serna Martínez M, Contreras Abad MT, et al. A new technique for fase and safe collection of urine in newborns. Arch Dis Child.2013;98:27-9.

Capítulo 276

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON DEMENCIA

ALICIA VELA MONTERO

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

M.LLANOS APARICIO JIMENEZ

MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY

MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ

1 Introducción

Asistente de enfermería o también llamado más profesionalmente el técnico de cuidados auxiliares de enfermería a lo largo de su trayectoria de trabajo, siempre tiene que tratar con personas con demencia, especialmente pacientes geriátricos, sobre todo en las residencias.
Este tipo de pacientes suele ser silencioso, pero tiene que ser especial cuidado, ya que esta condición los hace olvidar.
La demencia es un tipo de enfermedad que afecta la memoria, causando un deterioro de esto, causando pacientes una disminución en la efectividad de las funciones cognitivas y un deterioro de las funciones más altas del sistema nervioso central.

Las funciones que se alteran son usualmente: memoria, escritura, lenguaje, capacidad de realizar cualquier actividad entre otros.
Además de eso, afecta las emociones al disminuirlas, afecta la vida social de estas personas y la motivación.
Se cree que esta enfermedad con el paso del tiempo es una etapa de envejecimiento o un proceso natural, ya que su frecuencia aumenta con la edad.
Sin embargo, las personas pueden ser más grandes y no tener ningún tipo de demencia.
La presencia de asistentes de enfermería en estos pacientes cumple con un papel fundamental, ya que son los que pasan el mayor tiempo que los acompañan.

2 Objetivos

Objetivos principales:
-Exponer e indicar los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a la persona que sufren demencia senil.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en revisar bibliografía sobre literatura científica existente. Habiendo realizado una búsqueda de libros y también consultando artículos seleccionados procedentes de publicaciones científicas académicamente revisados, así como bases de datos.

4 Resultados

El trabajo del equipo auxiliar de la técnica de cuidado de enfermería junto con el resto del equipo ante el paciente y su familia deben dirigirse a cuatro sectores de acción:
1.
Informar al paciente y a su familia sobre el síndrome demorial y su evolución:
- La pérdida de la memoria es habitual en los ancianos y generalmente se progresa lentamente (no en todos los casos es, cuánto es el tónico general).
- Los problemas del comportamiento (agitación, sospecha, alteraciones emocionales) son consecuencia de esta pérdida de memoria y confusión mental que ocurre.

2.
Asesore a la familia sobre: - Cuidado del paciente con demencia.
- los recursos de apoyo.
- los aspectos legales.
3.
Adjunte los procesos intercurrentes (enfermedades que superan en el curso de la demencia y la modifican en un mayor o menos grado) y trastornos del comportamiento.
4.
Apoye a los cuidadores.
El rendimiento de la TCAE en el paciente con demencia se basa en la preparación de un plan de atención para el cual es esencial tener la cooperación del paciente en sí.
Uno de los principios más importantes en el cuidado de los pacientes de Senile es alentarlos a hacer por sí mismos todos los que son los más adelante, dentro de las limitaciones de su salud física y mental.
Debemos estar de tu lado para ayudarlos, para estimularlos y dirigirlos, pero deberían permitirse hacer lo que pueden solos.
Auries irá a destacar los siguientes aspectos:
- Hábitat.
- Higiene adecuada.
- Nutrición y alimentación.
- Rest y relajación.
- ejercicio físico.
- Cuidado médico preventivo.
- Profilaxis dental.
- Actitudes mentales reforzadas.
- Relaciones.
- Seguridad.
Después de que todos los patrones de trabajo en equipo del campo sanitario se intentarán obtener el mayor bienestar al paciente, así como su entorno más directo.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con una devoción especial a la OCUMBRA GENA por el asistente de atención de enfermería antes de una persona con demencia, ya que es el vínculo principal, en gran parte de los casos, entre dicha paciente y su entorno social.

Una buena praxis de las terapias y tratamientos hecha con la persona con demencia puede ayudar a mejorar su estilo de vida, así como la relación directa con su esfera social directa, para la cual también es esencial tener la colaboración de la familia (si lo tiene), y prestarles el apoyo necesario y el apoyo emocional.
Puse los medios relevantes para lograr óptimamente fortalecer por completo todo el trabajo realizado por el nivel de salud y así alcanzar el mayor bienestar posible para tanto entre los enfermos como la demencia y para su entorno.

6 Bibliografía

1. Estimulación psicocogsniciva en las demencias Inés Fransés, M. Barandiarán, T. Marcellán, L. Moreno. Anales del sistema sanitario de Navarra 26(3), 383-403-2003.
2. La demencia senil: guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria. Alejandra Rota Zaratiegui. Universidad pública de Navarra Junio 2014.

Capítulo 277

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD EN LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL

ALICIA VELA MONTERO

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

M.LLANOS APARICIO JIMENEZ

MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY

MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ

1 Introducción

El origen de la confidencialidad está supeditado por el juramento de Hipócrates. "Todo lo que habré visto u oído durante la cura o fuera de ella en la vida común, lo callaré y lo conservaré siempre como un secreto, si no me es permitido decirlo. Si mantengo perfecta e intacta fe en este juramento que me sea concedida una vida afortunada y la futura felicidad en el ejercicio del acto, de modo que mi fama sea alabada en todos los tiempos; pero si fallara el juramento hubiera jurado en falso, que ocurra lo contrario". Desde entonces, se intenta apreciar la confidencialidad

en el ejercicio de la medicina, no solo en los aspectos meramente clínicos, sino en todo lo inherente a la dignidad de la persona y al respeto que esta merece.
El equipo de enfermería encargado del cuidado de los enfermos, está referenciado en el Juramento de Florence Nightingale donde se expresa que "el equipo de enfermería mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con otras personas en caso necesario".
La Organización Internacional de la Salud indica que los diferentes registros médicos electrónicos se deben utilizar para visualizar, recuperar e intercambiar información sobre los pacientes; y así, mejorar la seguridad, la calidad y la eficiencia en la atención.
Es relevante destacar la diferencia entre el secreto médico como compromiso de este profesional de guardar silencio sobre el paciente y la confidencialidad como derecho que tiene el paciente a que todos los que conozcan sus datos respeten su intimidad. Es necesario por ello, su correcta puesta en práctica por parte de todos los profesionales que conforman los equipos médicos; sin embargo, existe una escasez de información sobre cómo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en salud mental, entiende las reglas de confidencialidad sobre cuando decide retener o divulgar información confidencial en determinadas circunstancias.

2 Objetivos

Clarificar e identificar las alternativas de confidencialidad que puede adoptar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de la salud mental.

3 Metodología

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

Diversos estudios han indicado la existencia de una dicotomía respecto al manejo de información comprometida por parte del técnico en cuidados auxiliares de

enfermería en salud mental; coexistiendo así, una falta de conocimiento de las reglas de confidencialidad o un incumplimiento por antonomasia.
En consecuencia, en un estudio llevado a cabo, se descubrió que la existencia de posibles riesgos susceptibles de deliberar por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, sobre si retener o divulgar la información del paciente con enfermedad mental, supusieron una dificultad para predecir con certeza.
Sin embargo, en muchas ocasiones en las que debían de deliberar el posible riesgo para así divulgar o no la información comprometida, prevalecía su juicio clínico no estructurado. Por tanto, se pudo corroborar que cuando este profesional toma decisiones respaldadas por su juicio clínico no fundamentado, difiere de la puntuación que se obtiene del instrumento estructurado de evaluación de ese mismo riesgo.
Por otro lado, en un estudio se indica que la comprensión de la enfermedad, la comunicación pacífica y las relaciones incondicionales con los pacientes por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, les ayuda a tomar conciencia de sus propias necesidades de cuidado y soportar la fase crítica de su enfermedad psicótica. Para ello, estos profesionales necesitan poseer conocimientos, sensibilidad, habilidades y responsabilidades especiales que van más allá de las pautas estandarizadas, y así, ajustarse a las necesidades cambiantes de las personas que padecen una enfermedad psicótica y a su situación clínica actual. Esto permitirá que los pacientes expresen de forma abierta momentos de confirmación de su enfermedad y pueda ayudarles a sentirse mejor y a usar diferentes recursos personales e interpersonales en el proceso de mejorar su salud.

5 Discusión-Conclusión

En la evaluación de posibles riesgos que puedan constituir un problema para el propio paciente o para otros, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en salud mental en su práctica diaria, tiende a preferir su juicio clínico no estructurado frente a los métodos profesionales y legales. Se ha podido evidenciar, por tanto, que es una mala praxis que puede constituir una violación de la confidencialidad de estos pacientes. Sin embargo, se constata que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sí centra su actuación profesional en satisfacer las necesidades de seguridad, protección y atención de las personas con enfermedad mental, contribuye de forma significativa en su sentimiento de mejora en el proceso clínico.

6 Bibliografía

1. Cleary, M., Horsfall, J., Hunt, G.E.(2013). Reflective assignments in mental health nursing courses: factors to consider. J Bioeth Inq, 11(3): 311-8.
2. Fidel, S.G., Eiroa-Orosa, F.J., Giannoni-Pastor, A., Tasqué-Cebrián, R. (2013). Confidentiality in electronic medical records in hospital mental health. Med Clin (Barc), 140(1): 30-7.
3. Van de Bovekamp, H.M., Trappenburg, M.J. (2012), Comparative review of family-professional communication: what mental health care can learn from oncology and nursing home care. Int J Ment Health Nurs, 21(4): 366-85.
4. Chan, B.W., O´Brien, A.M. (2011). The right of caregivers to Access health information of relatives with mental illness. Int J Law Psychiatry.
5. Seberg En, K., Norberg, A., Tal Seth A.G. (2016). Confirming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: an interview study. BMC Nurs, 15:3.

Capítulo 278

ENSEÑANZA SANITARIA A UNA GESTANTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LOURDES MAURELO LAGUNA

ROCIO RODRIGO ARENAS

ROSA VERDEJO FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ

BEATRIZ VELASCO TORIBIO

1 Introducción

El embarazo es una etapa muy importante y la alimentación es muy importante para evitar complicaciones secundarias como la diabetes o incluso la obesidad o la hipertensión arterial.
El embarazo se considera una fase anabólica en la que la formación de nuevo tejido en el feto conduce a un aumento de peso progresivo (10 kg de media).
Esta ganancia de peso depende de: feto (3400 g), placenta (650 g), líquido amniótico (800 g), líquido extracelular (1680 g), otros tejidos y reservas de grasa para la lactancia (3345 g), útero y mama (1375 g) y sangre (1250 gramos).
Por tanto, las características maternas y la ganancia de peso nos darán información sobre el peso al nacer del recién nacido.

También es importante entender la dieta, porque siempre en ausencia de información sobre lo que constituye una dieta adecuada, las mujeres embarazadas pueden desnutrirse. Durante los primeros días del embarazo, el feto recibe alimento a través de las reservas de óvulos y luego a través de la placenta de la madre.
Teniendo en cuenta la actividad anabólica de las mujeres embarazadas, una nutrición adecuada es importante para el desarrollo y la nutrición fetal.
La educación para la salud debe adaptarse a cada mujer embarazada con un plan individual y adaptarse al curso del embarazo.

2 Objetivos

- Describir el tipo de dieta que debe seguir una embarazada sana para evitar complicaciones.
- Analizar el TCAE la educación para la salud en nutrición para mujeres embarazadas.

3 Metodología

Revisión e investigación de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en Internet según el protocolo PRISMA.
La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.
Se agregaron cláusulas donde definimos alimentos para permitir o evitar durante el embarazo, por lo que TCAE debe educar a las mujeres embarazadas sobre su salud.
Palabras clave: alimentación, educación, nutrición, vitaminas, nutrientes.

4 Resultados

Nuestra revisión bibliográfica se basa en qué alimentos son adecuados para las mujeres embarazadas con una buena alimentación saludable para que el feto pueda desarrollarse sin complicaciones.
La alimentación durante el embarazo debe cumplir con estándares básicos, tales como satisfacer las necesidades nutricionales de la madre mientras se mantiene la salud de la madre y las necesidades nutricionales del feto para un desarrollo y crecimiento normal.

Preparar el cuerpo de la madre para afrontar mejor el parto. Crear las reservas de nutrientes necesarias para promover la lactancia materna.
La proteína es la base de tus necesidades energéticas, así que auméntala, especialmente en el segundo trimestre.
En cuanto a los lípidos en la dieta de las mujeres embarazadas, es necesario elegir diferentes grasas, porque aumentan el nivel de fosfolípidos, colesterol, triglicéridos y ácidos grasos necesarios para la formación de las membranas celulares fetales.
Sin embargo, la ingesta saturada de grasas, monocromo y ácido de colesterol no debe aumentar a medida que se sintetizan adecuadamente
El carbohidrato es la energía del feto, aunque puede aumentar la fibra para evitar el estreñimiento durante el embarazo. Entre este gran ácido fólico debe tomar vitaminas en el embarazo temprano.
Fuentes de ácido fólico: hígado, salsas de carne, frijoles, verduras de hoja verde (espinacas, escarola, espárragos), cereales para el desayuno, levadura fresca, germen de trigo.
Las demás vitaminas se irán añadiendo de forma continua para evitar la desnutrición de alguna de ellas.
El TCAE se encargará de proporcionar a las mujeres embarazadas una alimentación variada, saludable y nutricionalmente equilibrada.
Lo importante es tomar alimentos ricos en nutrientes y vitaminas como ácido fólico, hierro, calcio y yodo, pero no en grasas. La dieta ha de ser variada a base de verduras, frutas, cereales, lácteos y legumbres, sin olvidar el aporte diario de proteínas de carne y pescado.

5 Discusión-Conclusión

Las cuestiones nutricionales son importantes incluso para evitar enfermedades que pueden persistir después del nacimiento del niño.
Para ello, promoveremos una dieta sana y equilibrada para cada mujer embarazada y prepararemos a un TCAE una vez a la semana para que podamos comprobar cómo va la dieta si tiene complicaciones como reacciones alérgicas en terminos generales.
Se proporcionará capacitación nutricional. Desde el equipo de nutrición, una vez planificada la dieta, delegarán algunas funciones en el TCAE que explicará a la gestante cómo seguir esta dieta. Si por falta de experiencia no puede realizar este trabajo, debe informar a sus superiores.

6 Bibliografía

- Muñoz M, Aranceta J, García-Jalón I. Nutrición aplicada y dietoterapia. Versión 2. Navarra: EUNSA; 2004. Lado. 895-913.
- Requejo AM, Ortega RM. Nutriguía: una guía de nutrición clínica en atención primaria. Madride: Edición Complutense; 2000. Gadi. 61-68; 318-322; 325-327.
- Žauregi I. Un pequeño gran libro sobre comida. Cómo comer para sentirse bien. Almuzala; 2009. Gads 41-43.
- Brown JE, Kahn ES. Nutrición materna y resultados del embarazo. Un renacimiento de la investigación. ClinPerinatol 1997;24(2):433-449

Capítulo 279

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SÍNTOMAS Y SIGNOS EN PACIENTE GERIÁTRICO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

LOURDES MAURELO LAGUNA

ROCIO RODRIGO ARENAS

ROSA VERDEJO FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ

BEATRIZ VELASCO TORIBIO

1 Introducción

Muchos pacientes ingresan por íleo paralítico o falta de motilidad intestinal, posquirúrgicos, aspectos psicológicos e incluso patología intestinal.
Cuando hablamos de obstrucción, nos referimos al estancamiento total o parcial del intestino grueso o delgado.
Una de las complicaciones de este íleo se puede definir como íleo paralítico, que afecta a los músculos intestinales e impide el peristaltismo por obstrucción o deformación del íleo. Por esta razón, el paciente se siente incómodo como resultado de lo cual el estómago está distendido y el tracto intestinal está ausente.
La obstrucción intestinal generalmente requiere cirugía de emergencia, pero en algunos casos, el tratamiento intenta aliviarla antes de que llegue al quirófano.

La obstrucción se puede clasificar según varios parámetros, como parcial o de bajo grado, completa o de alto grado, según la extensión y gravedad de la obstrucción, así como según el origen de la obstrucción, según el tiempo de aparición temprana y tardía.
Respectivamente, antes y después de tal operación, finalmente podemos distinguir por la causa, si puede ser funcional, debido a cambios funcionales o cambios fisiológicos o mecánicos.
Nuestra revisión bibliográfica se basó en lo que deben hacer los TCAE en pacientes con síntomas de obstrucción intestinal y qué tipo de intervención puede ser necesaria para esta patología.

2 Objetivos

 Conocer los síntomas del íleo paralítico por obstrucción intestinal.
 Describir la actuación del TCAE en pacientes con obstrucción.

3 Metodología

Según el protocolo de PRISMA se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet.
Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos pubmed, Scielo, Cochrane.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre qué tipo de actuaciones se tendrán que llevar a cabo ante una obstrucción intestinal.
Palabras clave: íleo, intestino, movimientos peristálticos, oclusión.

4 Resultados

 La obstrucción puede presentarse con varios síntomas diferentes, pero los principales signos de que un paciente puede tener una obstrucción son náuseas, falta de heces e hinchazón generalmente.
 Los pacientes se sentirán pesados y no podrán realizar ninguna actividad porque se sentirán cansados y débiles. Vas a urgencias y te hacen una radiografía de abdomen, un método descriptivo rápido y económico que puede evaluar si estás gravemente estreñido y poner el tratamiento correspondiente para quitar esa obstrucción. Pero para diagnosticar con más cuidado el bloqueo.
 También se realizará colonoscopia y gastroscopia. Estas son algunas de las pruebas que pueden complementar los estudios de obstrucción. (Vázquez JM, 2004).

 Para poder realizar estos últimos, el paciente tendrá una preparación adecuada, el TCAE debe administrar enemas para tratar de quitar el bloqueo del intestino grueso y poder visualizarlo en la colonoscopia, aunque no siempre se puede hacer, ya que no hay movimientos peristálticos y con esto no podrán evacuar las heces. La dieta adecuada para este preparado sería una dieta sin residuos, aunque el paciente no tendrá muchas ganas de ingerir alimentos.
 El TCAE deberá ayudar al DUE en la colocación de una sonda nasogástrica para intentar evacuar ese contenido gástrico a un receptar con aspiración el cual también tendrá que preparar el TCAE.
 Cuál es alguna de las complicaciones que puede surgir tras la obstrucción, una perforación, fiebre etc.
 En este último caso, el médico decidirá si el paciente necesita cirugía y puede restaurar las heces.
Se debe alentar a caminar para ver si eso ayuda con los movimientos intestinales para que el sistema digestivo pueda volver a funcionar. (Lewis LM, Banett GA, Blanda M, 2005).

5 Discusión-Conclusión

El TCAE será el indicado en administrar el enema y comentar al DUE si ha podido administrarse o no y si ha sido efectivo.
Este es un tema muy delicado, porque este tipo de pacientes muchas veces no solo sufren obstrucciones, aunque en algunos casos son provocadas por una intervención quirúrgica, que puede ocurrir al poco tiempo de la cirugía.
Es importante ver los pros y los contras de no ir al quirófano porque siempre se trata de prevenir con tratamientos antibióticos y terapias ambulatorias y dietas. Pero se suele aceptar la cirugía como último recurso, si se ve que el estado del paciente no mejora ni siquiera con la inserción de una sonda nasogástrica.

6 Bibliografía

 Vazquez JM, Diagnóstico y opciones de tratamiento del síndrome de íleo. Med 2004;9(6):421-6
 Lewis LM, Banett GA, Blanda M. Etiología y curso clínico del dolor abdominal en pacientes avanzados. Geront Bio Scimed 2005;60(8):1071-6.
 Cadena F, Saverio S, C, C

Capítulo 280

CONOCIMIENTOS BASICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

LOURDES MAURELO LAGUNA

ROCIO RODRIGO ARENAS

ROSA VERDEJO FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ

BEATRIZ VELASCO TORIBIO

1 Introducción

La palabra clave en esta revisión es esterilización, lo que significa la ausencia de bacterias, microorganismos, hongos, virus en general.
Las cámaras de esterilización son de proceso autoclave, óxido de etileno, pasteurización, pasteurizador o popinel, etc.
Todos los anteriores se utilizan en hospitales, centros de salud, material clínico para tratamientos, quirófanos, etc.
Los materiales sucios o contaminados que llegan al servicio de esterilización deben prepararse antes de usar el proceso de esterilización, por lo que primero se debe limpiar el material y luego colocarlo en la lavadora de material clínico,

que puede dejar rastros de sangre o tejido, etc. hasta que desaparezca, secarlos y empaquetarlos.
Después de este lavado, se deben revisar los materiales uno por uno para asegurarse de que ninguno esté sucio y no pueda esterilizarse adecuadamente. Es importante saber que es necesario esterilizar no solo el material clínico, sino también textiles, paños quirúrgicos, vestidos, etc.
Deben doblarse siguiendo protocolos adecuados para que no pierdan su esterilidad durante el uso y la ropa debe desecharse para aumentar los costos económicos del hospital. Nuestro trabajo se basa en las funciones que debe realizar el TCAE en la cámara de esterilización y su distribución en la sala de esterilización en general.

2 Objetivos

- Describir los materiales que requieren esterilización en autoclave.
- Conocer actividades que corresponden al TCAE en una sala de esterilización en general.

3 Metodología

Revisión e investigación de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en Internet según el protocolo PRISMA.
La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.
Incluir texto y/o artículos que analicen la experiencia en esterilización, el equipo utilizado, etc. de TCAE
Palabras clave: autoclave, esterilización, capacitación.

4 Resultados

- Un autoclave es un aparato que esteriliza materiales en hospitales, centros de salud y es muy importante. Funciona durante unos 15-20 minutos a unos 121º de calor húmedo o 7-8 minutos a 134º. Es el agente antibacteriano más efectivo y es capaz de destruir cualquier patógeno.
- El TCAE podrá colocar los materiales textiles en la canasta del autoclave con suficiente separación, estos materiales deberán envolverse con suficiente papel debido a que la esterilización se realiza a alta temperatura, por lo que se mojará

y cambiará el color de la correa, lo cual le dirá nosotros que el material está esterilizado. (T. Arrufats 2013).
- También puedes introducir instrumentación clínica que pasará por el proceso anterior con una limpieza previa a fondo y con un embalaje adecuado con cintas de arrastre que también te avisarán que ha sido esterilizado.
- El caucho y las gomas soportarán temperaturas más bajas, el autoclave se programará a 121º para no destruir el material. (McGraw-Hill; 1993)
- El TCAE es uno de los trabajadores básicos en esta sala de esterilización no solo para introducir correctamente los materiales, sino también para encargarse de la prueba de control biológico que se debe realizar en cada ciclo, que cambiará de color para demostrar que está funcionando correctamente.
- Los métodos de esterilización también pueden esterilizar a temperaturas frías o más suaves, pero el autoclave es el más efectivo.
- Las ventajas de usar autoclave son bajo costo, protección ambiental, buen efecto de penetración de vapor a alta temperatura y no toxicidad.
- La desventaja es que se debe tener en cuenta el TCAE al usar un autoclave, tenga mucho cuidado al cargar, el TCAE tarda mucho en empacar el material, es fácil dañar el material de goma y cortarlo finamente material. (Real Decreto 664/1997).
- La revisión de los materiales debe verificarse en todas las etapas del proceso de esterilización para evitar que se devuelvan materiales incorrectos y no afecten los procedimientos quirúrgicos, etc.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de esterilización es una parte muy importante de un hospital porque de él dependen muchas técnicas, cirugía, anestesia, etc.
Se eligió el autoclave como el método más eficaz, eficiente y económico para garantizar que el proceso aséptico se pueda realizar con total seguridad durante la jornada laboral.
Es importante capacitarse y actualizarse en técnicas de esterilización, ya que de ello dependerá el correcto funcionamiento del proceso de esterilización y la destrucción de todo tipo de esporas, virus, etc. La falta de formación puede acarrear consecuencias fatales en la manipulación de materiales, errores en el envasado de materiales clínicos y textiles, e incluso quemaduras al vaciar el autoclave. Por lo tanto, el personal que no esté familiarizado con la esterilización debe conocer y evitar el trabajo relacionado con la esterilización.

6 Bibliografía

- Enfermería profesional. Tecnología de enfermería. Wieck, Lyng, editores. kalns de Makgreva; 1993.
- Gads Síndrome oxidativo del segmento anterior: actualización de las causas más frecuentes. Zachary Bodnar. MD, MD de mamíferos. Revista de Cirugía Refractiva de Cataratas, 2012; 38:1902-1910.
-Unidad central de esterilización. Normas y recomendaciones. Informe y estudio 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de Género. - Internet ISSU.com.hhl. Tema 11. Esterilización. procedimientos relacionados
- T Arufat (2013). Taller: Esterilización de material médico en atención primaria.
- El Real Decreto 664/1997 del INSHT establece las directrices para la protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el ámbito laboral.

Capítulo 281

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA

ALMUDENA ALVAREZ LILLO

SORAYA ÁLVAREZ LILLO

ELENA CALVO CUERPO

1 Introducción

Antes de nada habría que diferenciar entre traqueotomía y traqueostomía, son muy parecidas pero definiciones distintas.
La traqueostomía es el orificio que se hace de forma urgente o inminente con el fin de mantener la vía aérea permeable para poder permitir la respiración de la persona que lo necesita, también la traqueostomía se puede hacer de forma programada por cáncer de laringe dando lugar a una traqueostomía permanente; sin embargo, la traqueotomía, se hace también mediante intervención quirúrgica a pacientes que no pueden respirar de forma habitual pudiendo permanecer de forma temporal, hay diferentes formas de hacerlas y va a depender mucho de la patología que tenga el paciente, por eso tanto la Enfermera/o como el TCE debe saber cuáles son las cánulas que debe necesitar el paciente en cada momento, por eso es fundamental que se le enseñe al paciente cuando la tiene insertada a manejarse con ella y explicarle a la familia los motivos por la cual se le hace. En

la Unidad de Cuidados Intensivos el tubo endotraqueal es una fuente de entrada de microorganimos, cuando los pacientes llevan más de 10 días con el tubo se opta por realizar una traqueotomía para evitar infecciones infecciones de la boca y proliferación de hongos en la misma. Ambas técnicas se sostienen al principio por ventilación mecánica, evitando riesgos de broncoaspiración en muchos casos. La traqueotomía se hace también a pacientes que por su patología crónica las necesitan como es el caso de pacientes con problemas neurológicos, pulmonares, cirugías craneales o bien del cuello.
Existen una serie de complicaciones en este tipo de técnica, aunque se puede decir que son seguras, pero puede haber sangrado que se puede coleccionar en el cuello dando lugar al colapso de la tráquea, perforación del tiroides, mala inserción del tubo, o desplazamiento del mismo, producción de neumotórax. También hay algunos problemas a largo plazo como obstrucciones del tubo de traqueotomía, cierre en falso del orificio de la traqueotomía, presentación de fístulas laríngeas o esofágicas dando lugar a un problema de aspiración de alimentos y de secreciones. El personal de enfermería debe conocer en todo momento los cuidados que deben de hacerse a estos pacientes para mantener limpia y en buenas condiciones la traqueotomía, como las posibles complicaciones que puede tener el paciente en este proceso. Por último debemos decir, que hay pacientes que necesitan adaptarse a esta técnica cuando se despiertan de la sedación, ya que suelen pasarlo mal psicológicamente viéndose agobiados por no saber respirar bien, en el habla, por eso la familia juega un papel importante a la hora de poder comunicarse con ellos junto con el personal de enfermería que les dará las pautas de cómo hacerlo y cuáles son los cuidados que deben de tener.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCE en el cuidado de pacientes con traqueotomía

3 Metodología

Hemos estado buscados en libros de enfermería y en Google académico a cerca de esta técnica y de sus cuidados relacionados con la misma, como así también en páginas web: Dialnet, Cuiden, PubMed y BVSalud, con palabras clave como traqueotomía.

4 Resultados

El TCE, debe conocer todo el material que debe de preparar al igual que la enfermera/o, aun así para poder cambiar la cánula de traqueotomía siempre va a ser valorado por el personal de enfermería, porque no hay un protocolo fijo del cambio de la misma y son ellos los que van a decidir. En todo proceso de enfermería se le debe explicar al paciente lo que se le va a hacer y cuáles son los beneficios del cambio de la cánula.
Antes de comenzar a preparar el material el TCE debe saber de lo que consta una cánula de traqueotomía:
• Cánula externa.
• Neumotapón.
• Camisa o cánula interna.
• Fiador.
También podemos observar que hay de diferentes materiales como:
• Metálicas: son las que se ponen en pacientes que van a estar mucho tiempo con ella.
• PVC
• Fenestradas
• No fenestradas

Material:
• Suero fisiológico de lavado y clorhexidina acuosa.
• Tijeras
• Jeringa de 10ml.
• Gasas esteriles.
• Cánulas del tipo que indique el facultativo o la enfermera/o.
• Cepillo para la limpieza de la cánula.
• Tiras de sujección para sujetar la cánula.
• Aspirador de secreciones con sonda estéril para aspirar secreciones.
El estoma de la traqueotomía se debe mantener siempre limpio y sin acumulación de secreciones, para eso se debe lavar con suero fisiológico y después con clorhexidina acuosa. Debemos observar si las secreciones son sanguinolentas porque es motivo de fisura o de irritación por la aspiración de las secreciones con la sonda de aspiración.

Limpieza de la cánula y colocación :
• Se debe de lavar con agua templada para arrastrar las secreciones.

• La parte interna de la cánula se debe limpiar con una gasa impregnada de solución antiséptica y mediante un cepillo.
• Secar la cánula con gasas estériles y comprobar que no quede ningún resto.
• A continuación, se pone la cánula al paciente.
• Sujetar la cánula con las cintas y anudándolas alrededor del cuello del paciente.
• Colocar una compresa o pañuelo de papel alrededor de traqueotomía.
• Comprobar que no hay fugas de aire alrededor de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que realiza el personal de enfermería con respecto al cuidado de los pacientes traqueotomizados es una función que necesita de una coordinación tanto de la enfermera como del TCE, ya que entre ambos deben valorar en ciertas situaciones cuando se debe de cambiar y los materiales que se necesitan a la hora de cambiarlo. El hacer este tipo de cuidados hace que el paciente se sienta con mayor comodidad, pueda respirar mejor y evite una serie de infecciones que les pueda ocasionar un problema respiratorio grave. Es por eso que todos los profesionales de la enfermería (enfermeras y TCE) se formen y actualicen sus conocimientos con respecto a esta técnica, porque no solo se va a utilizar en unidades especiales sino en unidades de enfermería con pacientes con este tipo de problemas. Es importante saber que la traqueotomía se debe hacer a pacientes intubados pasados unos días (10-11 días), ya que el tubo endotraqueal es una puerta directa para complicaciones a nivel bucal como a nivel bronquial, no queremos decir con esto que sea la mejor técnica para preservar de infecciones a los pacientes, pero la evidencia científica da como resultado menos cantidad de infecciones respiratorias que el tubo endotraqueal.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA
1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill 2017.
2. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002955.htm
3. La realidad del paciente traqueostomizado. - 2018 - uvadoc.uva.es
4. Plan de cuidados de enfermería en paciente traqueotomizado. Revista Sanitaria de..., 2022 - dialnet.unirioja.es
5. Cuidados del paciente traqueotomizado - 2018 - gredos.usal.es
6. Cuidados integrales al paciente traqueostomizado. 2017 - books.google.com

Capítulo 282

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) ANTE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NEUMOTORAX

SORAYA ÁLVAREZ LILLO

ALMUDENA ALVAREZ LILLO

ELENA CALVO CUERPO

1 Introducción

La cavidad torácica tiene cambios de presión debido a los movimientos torácicos de inspiración y espiración en el parénquima pulmonar. El pulmón está recubierto de una fina capa llamada pleura (pleura parietal que está más alejada del pulmón y pleura visceral que se encuentra más próxima al pulmón) que envuelve a los mismos, dando lugar a una expansión y a una contractilidad, normalmente la presión pulmonar es negativa, cuando se pierde dicha presión el pulmón no puede hacer su expansión dando lugar a un colapso o mal funcionamiento del mismo.

El neumotórax se define como aire en la cavidad pleural, dando lugar a la falta de esa presión negativa y como consiguiente a la disnea del paciente para poder respirar con normalidad, hay muchas causas o etiologías que se pueden dar en

un neumotórax, las más habituales y las que requieren tratamiento médico es de forma espontánea y las adquiridas, el espontáneo
(los cuales pueden ser idiopáticos o secundarios) no suele ser de origen traumático, con un simple movimiento que la persona haga(limpiar los cristales) puede hallarse una rotura de la pleura dando lugar al neumotórax, suele aparecer en personas delgadas, también en jóvenes; sin embargo, los secundarios se presentan más en edades avanzadas y con una enfermedad pulmonar ya instaurada.
El diagnóstico se hace mediante radiología de tórax, aunque cabe decir que hay veces que un porcentaje muy bajo suele ser asintomático, pero la gran mayoría de las veces presenta una sintomatología de dolor torácico de forma aguda, que se evidencia más cuando el paciente respira y llega a irradiarse al cuello y al abdomen, disnea o dificultad respiratoria, tos seca, hemoptisis, perdida del conocimiento.
El tratamiento va a depender de la pauta médica que será entre otros fármacos para aliviar el dolor, sedantes y colocación de tubo de tórax para drenar la cavidad torácica de aire dependiendo de la situación clínica del paciente.
Por eso el personal de enfermería debe conocer las distintas diferencias entre:
 Válvula de Heimlich, permite expulsar aire o líquido, es muy útil en caso de una emergencia.
 Frascos bitubulados o sistema de Bülau, permite drenaje en la cavidad del tórax, dando lugar a la expansión del pulmón.
 Sistemas combinados de Pleur-evac y Aqua –seal, facilita la expansión pulmonar con el objetivo de poder extraer líquido y aire del mediastino y de la cavidad pleural.

2 Objetivos

Exponer los cuidados del TCE ante el paciente con neumotorax.

3 Metodología

Hemos estado buscando en diferentes libros y en revistas de enfermería con respecto a los cuidados de enfermería que se realizan a este tipo de pacientes como en Google académico con las palabras: Neumotórax y material necesario para Pleur-evac, así como en bases científicas de
PubMed, Scielo, Dialnet.

4 Resultados

El neumotórax es una urgencia o emergencia médica que se debe de atender de forma rápida, ya que en el paciente le genera dificultad respiratoria, ansiedad, tos, etc. Por eso es fundamental que el personal de enfermería tranquilice al paciente y lo acomode en una posición de semifowler de 45º para que facilitemos así su respiración. Aun así prepararemos el siguiente material según la indicación médica de colocación de tubo de tórax.

Material

- Agua y jabón antiséptico (clorhexidina o betadine jabonoso).
- Antiséptico (betadine o clorhexidina) para pintar el campo.
- Batas quirúrgicas esteriles.
- Gasas esteriles.
- Compresas esteriles.
- Anestésico local.
- Paños de campo.
- Jeringas de 10 y de 20 ml.
- Agujas IM y subcutáneas.
- Hoja de bisturí.
- Pinzas de kocher, mosquitos curvos y pinza de disección con dientes.
- Tubos de tórax (según prescripción facultativa).
- Contenedores de residuos peligrosos cortopunzantes.
- Esparadrapo
- Seda para fijar el tubo a la piel del paciente.
- Pleur –Evac

Prepación del Pleur Evac:

El TCE preparará también el set de Pleur-Evac. Este consta de tres cámaras graduadas, una parte de la conexión va directamente al tubo de tórax y la otra parte del casette (Pleur –Evac) va conectado al sistema de vacío. En los compartimentos del mismo se colocará agua destilada en una de las cámaras que se encuentran selladas para ver el burbujeo de la salida de aire de la cavidad torácica.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

- Una vez preparado todo el material y preparado al paciente mediante la antisepsia de la piel y puesta la medicación analgésica, se procede a la colocación del tubo de tórax.
- El TCE prepara el material junto con la enfermera del material aséptico que irá cogiendo el facultativo.

 Se coloca al paciente bien en decúbito supino si accede el médico por la parte anterior del tórax o bien por la región axilar media.
 Una vez pintado el campo y la colocación de la bata estéril se procede a poner los paños estériles y a poner el anestésico local.
 A continuación el médico hace una incisión con el bisturí y a continuación introduce el dedo índice para separar la fascia intercostal.
 Introduce el tubo de tórax que lo conecta al Pleur-Evac, fijando el tubo a la piel del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es una técnica que a nivel hospitalario, se suele realizar de una manera cotidiana, es una técnica que presenta buenos resultados así como los beneficios que se les da a los pacientes por su tipo de gravedad, con resultados muy satisfactorios. El médico diagnostica rápidamente mediante radiografía y auscultación torácica y actúa de forma rápida para evitar un desenlace fatídico. Es importante que a la hora del diagnóstico de un neumotórax, el personal de enfermería sepa valorar de una forma conjunta el proceso de preparación del material y las necesidades que el paciente vaya a necesitar en esos momentos, se necesita actuar de una forma lo más asépticamente posible para que no haya infecciones nosocomiales por el tipo de acceso que se va a acceder. A nivel de cuidados de enfermería una vez terminada la colocación del tubo de tórax, tanto la enfermera como el TCE, procederán al cuidado de la inserción del mismo, así como la medición de la cantidad de aire que se expulsa midiéndolo por el Pleur-Evac y viendo si burbujea, si hay oscilaciones de presión. Gracias a esta técnica el paciente suele recuperarse satisfactoriamente del neumotórax siendo retirado el tubo de tórax cuando deja de burbujear y el pulmón, vuelve a su estado inicial.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA:
1. Cuidados de Enfermeria paciente con drenaje pleural neumotórax espontaneo (PLEUREVAC). LG García - portalesmedicos.com 2017.
2. Complicaciones de los tubos de tórax. - Revista Colombiana de..., 2019 - scielo.org.com.
3. Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax. Especializaciones en... - repositorio.unal.edu.co
4. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. 2018

Capítulo 283

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS INDICADORES DE SALUD

ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS

MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ

LAURA MARZO CHECA

1 Introducción

Un indicador es un instrumento de información que aporta señales o indicios sobre algo concreto.

Los indicadores de salud nos dan cuenta del estado en el que se encuentra la sanidad de un país en un momento determinado. En España, estos parámetros proporcionan datos a nivel estatal y a nivel de comunidades autónomas.

La información que ofrecen es muy valiosa, ya que ayudan a los gobiernos a crear planes de mejora en atención sanitaria. En este sentido, el Ministerio de Salud español indica cuatro características fundamentales de los indicadores de salud:

- Exponen la variedad en los fenómenos que indican el estado de la sanidad.
- Muestran la tendencia y la distribución geográfica de los datos.
- Consiguen una homogeneidad en el conjunto de los resultados.
- Permiten el acceso a la información sanitaria del país.

Los indicadores de salud que se recogen para el análisis en España suelen describirse separados por edad y género. Al mismo tiempo, permite establecer una confrontación entre España y resto de países miembros de la Unión Europea.

A continuación, vamos a ver cuáles son los indicadores de salud en todo el territorio español, según el último estudio publicado por el Ministerio de Sanidad en 2017.

2 Objetivos

Conocer los indicadores de Salud de la población como parte esencial de nuestra formación como TCAE que trabaja en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

INDICADORES DE SALUD:

• Esperanza de vida (EV): la evolución de este valor es ascendente, como en la mayoría de los países desarrollados, y es mayor en mujeres que en hombres. Además, hay que tener en cuenta los años de vida en actividad y la esperanza de vida en buena salud.

• Mortalidad: detalla el inverso a la EV, por lo que en este caso la mortalidad es más alta en hombres que en mujeres. Hay que añadir en el cálculo de este índice las defunciones por enfermedades no trasmisibles (como el cáncer), que suponen más de la mitad de las totales; por las trasmisibles (como el sida); el índice de Swaroop (porcentaje de fallecidos con más de 50 años) y las que tienen que ver con causas externas (traumatismos, envenenamientos, accidentes o suicidios).

• Morbilidad: es otro índice sobre el peso de las enfermedades, además del obtenido por la mortalidad. Las altas hospitalarias más dadas son por causa del aparato circulatorio, aparato digestivo y cáncer.

• Limitación de actividad: tiene bastantes limitaciones porque el concepto de incapacidad no está del todo determinado entre distintos países. No obstante, se refiere a la limitación temporal o permanente.

• Salud subjetiva: se recoge a través de encuestas nacionales que hace el Ministerio de Sanidad. La población valora su propia salud y eso se refleja en los datos.

• Salud maternoinfantil: se refiere a la cantidad de defunciones antes de cumplir un año de vida, en un área geográfica y por cada 1.000 nacimientos. Se divide en neonatal y postneonatal (antes de los 28 días o después). La primera variable se relaciona con el cuidado de la mujer que ha dado a luz y la segunda con el contexto socioeconómico de los padres.

• Hábitos y estilo de vida en relación con la salud: aquí entran en juego aspectos como el consumo de drogas (incluidas alcohol y tabaco), la inactividad en tiempo de ocio, la obesidad, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los indicadores de Salud nos aportan indicios acerca del estado de la sanidad en un momento determinado en nuestro país y también de la población en general.

Por ello son muy importantes, ya que orientan a los gobernantes para poder realizar diferentes planes de actuación para resolver los problemas de salud de la población.

Los principales indicadores de Salud son: esperanza de vida, mortalidad, morbilidad, limitación de actividad, Salud subjetiva, Salud materno infantil, hábitos y estilos de vida de la población.

Es importante conocer como funciona nuestro sistema nacional de salud como parte esencial, ya que somos uno de los profesionales implicados en la prevención y educación de la salud del individuo.

6 Bibliografía

1- indicadores de Salud - https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf
2- indicadores de Salud - https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm
3- indicadores de Salud - https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es

4- indicadores clave del sistema nacional de salud - http://inclasns.msssi.es/main.html

Capítulo 284

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA VALORACIÓN Y GESTIÓN DE EXISTENCIAS EN EL ALMACÉN

ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS

LAURA MARZO CHECA

MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ

1 Introducción

Desde un punto de vista general, los almacenes pueden ser, según la capacidad de almacenaje:
• Centrales: espacios grandes que suelen emplearse para proveer de materiales a varios hospitales o a una comunidad autónoma completa.
• Generales: son los espacios más comunes, pues almacenan la cantidad necesaria de productos para centros u hospitales de tamaño medio-grande.
• Pequeños: lugares de almacenamiento que están ubicados en plantas de hospitales, consultas privadas o pequeños centros de salud. Los materiales que almacenan son los que se usan con mayor frecuencia.

A su vez, pueden ordenarse en función de la empleabilidad y la duración de los productos:

• Limitada: productos que pueden deteriorarse o agotarse. Estos son desechables (jeringuillas o guantes, por ejemplo) o reutilizables (el instrumental médico-quirúrgico).
• Ilimitada: pueden deteriorarse, pero no se agotan. Un ejemplo sería un aparato de rayos X.

Por gestión de almacén entendemos el control de la cantidad y la variedad de los productos que podrían ser demandados en algún momento; así como el registro del valor económico y los gastos de la mercancía.

• COSTES DE ALMACENAMIENTO:
Recursos inmovilizados en los productos.
Costes de manipulación, caducidad, merma, etc.
• COSTES DE REPOSICIÓN:
Costes de administración, manipulación, distribución, etc.

2 Objetivos

Conocer cómo se realiza la gestión y valoración de existencias en un centro hospitalario, para así no desaprovechar materiales, de forma eficaz.

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 asegurar una atención de calidad al paciente en un centro sanitario no hace falta solo una estructura, maquinaria o un personal cualificado, sino que además se necesitan una serie de materiales (reutilizables o no) que son gestionados por el servicio de almacén para su distribución a los distintos servicios, como por ejemplo: sueros, gasas, jeringas, agujas, equipos de suero, compresas, vendas, apósitos, tiritas, etc.

Una gran parte de la contabilidad en sanidad se da en los movimientos que tienen lugar en el almacén.
Para llevar la contabilidad del almacén hay que hacer un cálculo del valor monetario de los productos que hay guardados y las acciones comerciales que se realizan en torno a ellos.

Los costes directos son aquellos que se deducen del precio unitario del producto, los descuentos en su compra, los seguros, etc. Los costes indirectos tienen que ver con los gastos que son propiamente del almacén: personal, seguros, consumo eléctrico, etc.

El cálculo de los costes nos ayudará a gestionar las existencias teniendo en cuenta uno de estos tres métodos contables:
• FIFO (first in, first out). Quiere decir "el primero que entra es el primero que sale". La idea es que salgan del almacén aquellos productos que se adquirieron antes. No es un método recomendable cuando el precio del material ha subido.
• LIFO (last in, first out). Esto es, "el último que entra es el primero que sale". Al revés del anterior, saldrían del almacén los que se han adquirido más tarde. Por tanto, es recomendable cuando los precios han subido.
• PMP (precio medio ponderado). Es el término medio de los dos anteriores. Es el precio medio del total de las unidades de un producto. Por ejemplo, en un almacén tenemos 400 gasas, compradas a 0,30 céntimos, y adquirimos 100 más por 0,40 céntimos. Si queremos saber el valor de este material, tendremos que calcular su precio medio y no la suma de sus costes por separado.

5 Discusión-Conclusión

Para una correcta atención del paciente es necesario asegurar la existencia no solo de una estructura o edificio, aparataje, personal, etc. sino también de los materiales necesarios para su tratamiento.

Para ello es muy importante una correcta y adecuada gestión del servicio de almacén, que es el encargado de abastecer con estos materiales a todo el centro hospitalario y sus distintos servicios o consultas.

Para ello es importante que todos los profesionales que trabajan con el almacén sepan cómo debe funcionar para evitar la pérdida de materiales, algo que puede tener una repercusión económica para la institución y que al final pagamos todos con nuestros impuestos.

6 Bibliografía

1- servicio de gestión de almacenes y distribución logística - https://www.comunidad.madrid/hospital/reyjuancarlos/file/2532/download?token=nLiW7FEc
2- Almacenes sanitarios, existencias e inventarios - https://www.google.com/amp/s/docplayer.es/amp/211038389-Unidad-6-almacenes-sanitarios-existencias-e-inventarios.html
3- almacenes sanitarios- http://s913e95ebc2d8515e.jimcontent.com/download/version/1462391326/module/6473151261/name/T7%20Almacenes%20sanitarios.pdf
4- almacenes sanitarios y gestión de stocks - https://es.scribd.com/document/218474532/06-Almacenes-sanitarios-y-gestion-de-stocks-doc-2

Capítulo 285

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE BÁSICA DEL PACIENTE: CUIDADOS DE PRÓTESIS Y ORTODONCIAS

ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS

MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ

LAURA MARZO CHECA

1 Introducción

Todas aquellas actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como las relativas a la prevención, promoción y educación sanitaria bucodental, se encuentran definidas en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, conocida comúnmente como Cartera de servicios comunes de atención primaria (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre).

Además de esto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el profesional que se encarga de la higiene básica del paciente cuando este se encuentra ingresado en un centro hospitalario y no puede realizar estas tareas por sí mismo, por ello es necesario que también sepa como debe de hacerse de forma adecuada la limpieza de las prótesis y ortodoncias que porta un paciente.

Esta tarea debe realizarse después de cada comida y también antes de acostarse el paciente y cuando se levante por la mañana.

Muchas veces en la higiene diaria del paciente esta tarea se pasa por alto o no se le presta la atención adecuada, por lo que hemos creído conveniente realizar esta revisión donde recogemos como debe de actuarse de forma adecuada y algunas recomendaciones acerca de la limpieza y los instrumentos que se deben de utilizar para ello.

2 Objetivos

Saber cómo deben limpiarse los aparatos y ortodoncias de un paciente como parte de nuestra formación básica como TCAE, mejorando nuestra calidad asistencial con el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es importante lavar las prótesis removibles fuera de la cavidad oral, después de cada comida; y también el resto de la boca. Deben limpiarse con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias), o con un cepillo de uñas con cerdas de nailon y jabón o pasta dentífrica. Después, es preciso aclararlas con abundante agua.

También es importante lavar las partes metálicas, sobre todo las zonas que contactan o están en contacto con los dientes: los ganchos. Dichas partes deben tener un aspecto brillante, puesto que si se ven mates o deslustradas significa que acumulan placa bacteriana. Para realizar una cuidadosa limpieza se pueden frotar con un bastoncillo empapado de alcohol hasta que queden brillantes.

La prótesis debe retirarse para dormir y realizar un masaje de encías a diario. De esta forma, dejamos que los tejidos sometidos a presión descansen, se oxigenen y reactivamos su flujo sanguíneo, previniendo así la aparición de lesiones.

Los pacientes con ortodoncias o aparatos fijos deben prestar especial atención a su higiene bucal, puesto que la deficiencia de esta puede ser la causante de los problemas más comunes: acumulación de biofilm, gingivitis, halitosis, etc.

Es importante que el paciente no se olvide de la limpieza interproximal. Debe usar cepillos dentales con el perfil de los filamentos en forma de "V", junto con una pasta y un colutorio específicos para los portadores de ortodoncia. Además, es recomendable administrar cera blanda sobre los aparatos fijos para prevenir las aftas.

En aparatos removibles se aconseja el uso de comprimidos limpiadores efervescentes que eliminan cualquier resto de comida, así como la biopelícula oral.

Además de la estricta higiene bucodental, para mantener los aparatos en buen estado, los portadores de ortodoncia deben seguir las siguientes pautas:
• Evitar los alimentos duros (frutos secos, pan tostado, semillas, etc.).
• No ingerir ni masticar alimentos pegajosos (chicles, turrones, caramelos, etc.).
• No cortar alimentos con los dientes; es mejor hacer trocitos pequeños con el cuchillo.

5 Discusión-Conclusión

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería nos encargamos de la higiene básica del paciente y en ello entra también la limpieza y desinfección de las prótesis dentales.
Esta es una tarea que queda muchas veces en un segundo plano dentro de la atención al paciente ingresado cuando este no puede realizarlo por sí mismo, y es una tarea que no debemos pasar por alto, ya que la boca es un foco de entrada de muchas infecciones y, por tanto, su limpieza diaria es muy importante.

Además, hemos visto una serie de recomendaciones en cuanto a la alimentación de pacientes portadores de prótesis dentales para alargar la vida de estas y facilitar también su limpieza.

6 Bibliografía

1- ¿como limpiar la prótesis dental? - https://www.escolapejoan.com/como-limpiar-la-protesis-dental-guia/
2- como limpiar tu prótesis dental correctamente - https://drsilvestrerangil.es/consejos-para-limpiar-tu-protesis/
3- como limpiar las prótesis dentales - https://kukident.es/es-es/consejos-y-sugerencias/vivir-con-protesis-dental/cuidado-de-protesis-dentales/como-limpiar-protesis-dental
4- como cuidar y limpiar una prótesis dental - https://clinicamartinezbru.es/como-cuidar-una-protesis-dental/

Capítulo 286

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

MARÍA CIELO PÉREZ VELASCO

MARÍA ELENA ORDIERES CABRA

ROSA ANA GARCÍA GONZÁLEZ

CONCEPCION CUESTA GARCÍA

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ

1 Introducción

La cirugía maxilofacial es una especialidad "que se centra en el estudio de diagnóstico y tratamiento y rehabilitación de las enfermedades congénitas o adquiridas de la cavidad oral, el esqueleto facial y las estructuras cervicales relacionadas". Así, el cirujano maxilofacial tiene amplios conocimientos en cirugía oral que le van a permitir realizar extracciones de complicación, injertos óseos e implantes dentales, entre otros tratamientos.

Hay distintas patologías que se tratan en este servicio, por ejemplo, la falta de hueso del maxilar o la mandíbula, también problemas en las glándulas salivales y en la mucosa oral, en tercer lugar, patologías de articulación temporomandibular, en cuarto lugar, traumatismos faciales, en quinto lugar, tumores de cabeza y cuello y, en último lugar, la osteoporosis.

En cuanto a las cirugías que se realizan, encontraremos extracciones dentales o exodoncias, cirugía mandibular correctiva, reconstrucción de la mandíbula, implantes dentales, etc. Existen distintos profesionales, aparte del cirujano, que van a participar en este servicio, entre otros el auxiliar de enfermería. La cirugía maxilofacial consta de distintas fases y procedimientos para las que el TCAE no solo ha de estar correctamente formado, sino también preparado a nivel técnico, pues sus funciones revestirán gran importancia en el mantenimiento y recuperación de la salud del paciente que acude a este servicio.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar el papel de los auxiliares de enfermería dentro del Servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Scielo o Google Académico, a fin de recopilar artículos actualizados sobre el objeto de estudio. Las fechas se han restringido a los últimos 15 años, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

Tras realizar una búsqueda bibliográfica se encuentra que, dentro de este servicio, existe un protocolo estricto de actuación: en primer lugar, se lleva a cabo un estudio y planificación de la situación para obtener un diagnóstico preciso, lo cual será fundamental para planificar el procedimiento que se va a realizar. Se realizará de manera conjunta, entre el cirujano y el ortodoncista, con apoyo de los enfermeros y auxiliares de enfermería; en segundo lugar, encontramos la ortodoncia, ya que en determinados casos se requiere la aplicación de la misma antes de pasar a la intervención; sin embargo, en procesos que son graves o de urgencia, nos saltaremos este paso; en tercer lugar, encontramos la intervención quirúrgica, donde se procede a intervenir el problema maxilofacial concreto, pudiendo emplear bien anestesia local o general dependiendo de la complicación del caso y, en último lugar, el postoperatorio, que suele conllevar una inflamación

que generalmente persiste en la zona en la que se ha intervenido. Dicha inflamación suele durar entre seis semanas y seis meses. El auxiliar de enfermería va a intervenir en todas estas etapas; en concreto, puede encargarse de mantener la cánula de traqueotomía en condiciones adecuadas en aquellos pacientes donde se precisa utilizar la misma; además, también actuarán en casos en que sea preciso dispensar la alimentación por vía nasogástrica. Asimismo, se debe mencionar que, dado que muchos pacientes provienen del área de oncología, el apoyo otorgado por el auxiliar de enfermería será esencial. En este sentido, el auxiliar de enfermería también intervendrá para evitar posibles sangrados, que suelen ser habituales en pacientes postoperatorios, especialmente en el de tumoraciones en la laringe. Su intervención precoz puede ser capaz de salvar la vida del paciente postoperatorio.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el Servicio de Cirugía Maxilofacial es un área de gran complejidad donde han de intervenir, de una manera multidisciplinar, distintos profesionales sanitarios: desde el cirujano, hasta profesionales de enfermería y auxiliares. Todos ellos participarán de una manera coordinada en todas las etapas del proceso, desde la primera hasta la última y, muy especialmente, en el momento de la intervención. Además, el auxiliar de enfermería tendrá un papel fundamental en el posoperatorio, intentando detectar posibles sangrados que, en ocasiones, pueden salvar la vida del paciente. Por estos motivos, el papel del TCAE en este servicio ha de revisarse y tenerse en consideración, dada la importancia cardinal de sus funciones.

6 Bibliografía

Martínez, J. (2009). Cirugía oral y maxilofacial. México: Editorial El Manual Moderno, 177-206.

Hupp, J. R., Ellis, E., & Tucker, M. R. (2020). Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. Elsevier Health Sciences.

García-Roco Pérez, O., Arredondo López, M., Correa Moreno, A., & Siré Gómez, A. (2002). Algunas tendencias actuales en la cirugía maxilofacial mayor ambulatoria: Nuestra experiencia. Revista Cubana de Estomatología, 39(2), 101-118.

Vila, C. N., Sanz, J. A., Robredo, J. M. B., Gil, M. C., Atalaya, F. J. L., Escobar, J. I. S., & Martín, J. J. V. (2005). Cirugía maxilofacial. Medicina Clínica, 124, 26-28.

Capítulo 287

EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE UN ICTUS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ

MARINA MUÑOZ ABELLÁN

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

1 Introducción

Según los artículos encontrados podemos definir enfermedad cerebrovascular (ECV o ICTUS) a la alteración transitoria o permanente de la circulación cerebral, existe una interrupción de flujo sanguíneo por lo que no le llega al cerebro oxigeno y nutrientes, produciéndose unas determinadas alteraciones de las funciones del cerebro.

Dependiendo de la zona del cerebro afectada por la isquemia o necrosis de células cerebrales, el tamaño de la lesión y la duración de la interrupción del flujo sanguíneo, se va a producir mayor o menor daño neurológico.

Se considera una emergencia y por ello es muy importante una actuación rápida para evitar las posibles secuelas neurológicas o la muerte. Existen dos tipos de ECV:

-Isquémicos: Se produce por una interrupción brusca del aporte sanguíneo a una parte del cerebro, por un embolo o por un trombo, o por un estrechamiento.

-Hemorrágicos: Se produce por una rotura de un vaso sanguíneo que provoca que la sangre se acumule y comprima el tejido cerebral circundante.

Los principales factores de riesgo son:

Hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes Mellitus, apnea del sueño, hipercolesterolemia, tabaquismo, toxicomanía, obesidad, sedentarismo, edad (el riesgo de padecerlo aumenta a partir de los 60 años), sexo (los hombres tienen una incidencia mayor que las mujeres aunque la mortalidad es mayor en ellas), raza (la raza negra tiene más predisposición que la raza blanca y antecedentes familiares de ictus).

2 Objetivos

Definir el concepto, los tipos, factores de riesgo y manifestaciones de la enfermedad cerebrovascular.
Conocer los cuidados del personal de enfermería ante un paciente con enfermedad cerebro vascular.

3 Metodología

Se ha realizado una Revisión Bibliográfica sistemática donde se ha consultado artículos en las bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Cuiden. Para la realización de la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave: Enfermedad cardiovascular, personal de enfermería. El idioma utilizado ha sido el español.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería tras la sospecha de un paciente con enfermedad cerebrovascular están enfocados en la valoración constante y la observación de la presencia de manifestaciones clínicas siguiendo un protocolo sobre estas enfermedades según en la unidad en la que se encuentre.

Las manifestaciones clínicas principales son:

-Entumecimiento brusco, debilidad o parálisis de la cara, el brazo o la pierna, sobretodo en un solo lado del cuerpo.
-Confusión o desorientación brusca, dificultad para hablar o entender.
-Pérdida repentina de la vista en uno o ambos ojos o visión doble.

-Fuerte dolor de cabeza, repentino y sin causa conocida, especialmente si se asocia a nauseas o vómitos.
-Dificultad repentina para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación.

En primer momento se realizará una historia clínica completa recogiendo la máxima información posible, a continuación se realizara una valoración tanto a nivel general como a nivel neurológico.

En la valoración general se comprobará el buen funcionamiento de todos los órganos y sistemas: Función respiratoria y circulatoria, exploración de cabeza, cuello, abdomen, extremidades, piel y sistema osteoarticular, y las constantes vitales como; temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxigeno y control de glucemia.

En la valoración neurológica se comprobará el nivel de conciencia, reflejos, orientación, atención, memoria, lenguaje, capacidad para tragar, alteración de la marcha.

Es muy importante una vez que se confirma la ECV, que se inicie el tratamiento antes de las 24 horas, teniendo siempre en cuenta las complicaciones y si es un ECV hemorrágica.

El objetivo del tratamiento e inicio de una rehabilitación inmediata es conseguir que el paciente vuelva a aprender actividades motoras simples como volver a aprender a caminar, sentarse, acostarse, y cambiar de un tipo de movimiento a otro si fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad cerebrovascular es un problema de salud invalidante que afecta gravemente a la población por su gran morbilidad y mortalidad. De hecho es una de las primeras causas de incapacidad y muerte en los países desarrollados, también es considerado como una carga social, sanitaria y económica.

Los cuidados de enfermería son muy importantes en este tipo de pacientes ya que es primordial una atención temprana e individualizada para conseguir que tengan una buena calidad de vida y evitando complicaciones.

Es necesario que existan protocolos de actuación de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería que unifique criterios, desde el primer contacto

con el sistema hasta que termine su asistencia, que estén basados en la evidencia científica más actualizada, esto permitirá que los profesionales se sientan más seguros a la hora de abordar a estos pacientes.

6 Bibliografía

Equipo editorial de Psyciencia.com. Accidente Cerebrovascular (ACV): definición, tipos y tratamiento [Internet]. Disponible en: https://www.psyciencia.com/accidente-cerebrovascular-acv-definicion-tipos-y-tratamiento/

Vives Medina Oisis Taimy, Quintana Pereda René, Soto Páez Nuvia. Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Jun [citado 2022 Sept 20] ; 18(3): 414-429. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006&lng=es.

Guía formativa de neurofisiología clínica. [Internet]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/FDB796ED-211E-4F85-8FFC-9CA909D287EF/304850/NEUROFISIOLOGIACLINICACHN1.pdf

Capítulo 288

EL PAPEL DEL TCAE EN URGENCIAS TRAS UN CUERPO EXTRAÑO EN LA VÍA AÉREA

LILIANA LOZANO HERRERO

AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA

ALMUDENA LOZANO HERRERO

LAURA SANCHEZ TANTE

CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ

1 Introducción

Cuando se habla de cuerpo extraño es cualquier elemento ajeno, al cuerpo que entra al cuerpo a través de cualquier orificio natural como por la nariz, la vía aérea, etc. impidiendo su normal funcionamiento y que entre de manera correcta el oxígeno. La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño es una patología muy frecuente en niños y en bebés, representando el 40% de las muertes accidentales en menores de 1 año. La edad con la que mayor incidencia pasa estas urgencias pediátricas entre los 9 y 24 meses, hasta los 6 años. La mayoría de las veces ocurre en el propio hogar. La introducción de cuerpo extraño en la vía respiratoria estimula los receptores nerviosos, estos hacen que de repente de un cuadro de tos, en la mayoría de las ocasiones es suficiente para que el cuerpo extraño pueda salir al exterior sin necesidad de tener que acudir a urgencias.

Se dividen en 3 tipos de obstrucciones dependiendo del lugar donde se quede el cuerpo extraño: Laríngea, Traqueal, Bronquial.
Los objetos con más facilidad de atragantamiento son: juguetes pequeños o piezas de estos, monedas y en los alimentos son frutos secos, cacahuetes o masticar por su etapa de desarrollo, carne, pan.

2 Objetivos

Se explica de manera detallada las funciones de un TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) en la unidad de urgencias dentro de una intoxicación y una sobredosis en la unidad de pediatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del TCAE es de gran importancia, ya que es la que más tiempo pasa con el paciente y con los familiares. Se encargará de realizar la maniobra de desobstrucción de la vía aérea. La maniobra que más se utiliza es la maniobra de Heimlich: esta maniobra pretende que se aumente la presión intratorácica y el poder generar un flujo aéreo espiratorio para que sea capaz de salir el cuerpo extraño. Se realiza de la siguiente manera: la persona que la va a realizar se debe de poner detrás de la persona que esté atragantada, rodeará su tronco con los brazos, procederá a cerrar el puño y lo colocará entre el ombligo y la apófisis xifoides, se debe de cubrir el puño con la otra mano. Se aplicará un impulso firme hacia dentro y a la vez hacia arriba, tirando de ambos brazos hacia atrás y hacia arriba. Se realizarán entre 5 y 10 compresiones según sea necesario. Se debe de continuar hasta que al paciente se le salga el cuerpo extraño o sea posible un manejo avanzado de la vía aérea, en caso de que la persona pierda el conocimiento se debe de comenzar la reanimación cardiopulmonar (RCP). Se procederá a llevar al paciente al hospital tan pronto como sea posible, incluso si se ha eliminado

adecuadamente la obstrucción de la vía aérea y la reanudación de la respiración normal.
Los errores más comunes en la maniobra de Heimlich es que no debe de intentarse si la persona que está asfixiada puede hablar, toser con fuerza o respira adecuadamente. En personas obesas o en mujeres embarazadas en recta final, se usan compresiones torácicas en lugar de la zona abdominal. Esta técnica se usa tanto en pacientes pediátricos como en adultos y mujeres embarazadas, ya que se ha demostrado que gracias a esta maniobra se han salvado vidas.

5 Discusión-Conclusión

El tcae deberá de conocer los protocolos que se debe de realizar a la hora de realizar la Maniobra de Heimlich, ya que es una maniobra la cual se realiza muchísimo cuándo acuden a urgencias, ya sea personas mayores como niños, el tcae debe de transmitir seguridad y confianza no solo al paciente que acude a urgencias sino en caso de que sea niño también a los padres, ya que estos estarán más nerviosos de lo habitual. El auxiliar de enfermería anotará cualquier alteración que encuentre en el paciente e inmediatamente se lo comunicará al personal sanitario, en este caso al personal de enfermería.

6 Bibliografía

https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cuerpos-extranos-via-aerea-S071686401170428X#::text=Los%20cuerpos%20extra%C3%B1os%20de%20la,diagn%C3%B3stico%20puede%20salvar%20muchas%20vidas.

Capítulo 289

LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ

AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA

LAURA SANCHEZ TANTE

ALMUDENA LOZANO HERRERO

LILIANA LOZANO HERRERO

1 Introducción

Definimos UCRI (Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios), como una zona delimitada de hospitalización, dentro del servicio de Neumología, donde ingresan los pacientes que sufren algún tipo de patología que les lleva a padecer una insuficiencia respiratoria grave.
Este tipo de pacientes requieren de un tratamiento específico y monitorización para un mayor control.
Actualmente, y por las circunstancias que nos ha tocado vivir, se pueden observar en las UCRI, un incremento de pacientes afectados por el virus SARS-CoV-2.

Las UCRI están diseñadas para atender a los pacientes con dolencias respiratorias con un nivel de gravedad intermedio entre la UCI y un ingreso en cualquier zona de hospitalización convencional.
En este servicio casi siempre nos vamos a encontrar pacientes que, aparte, de monitorización continua, van a necesitar algún tipo de dispositivo para llevar a cabo ventilación mecánica no invasiva. Esto sería la principal justificación de la existencia de estas unidades.
Cuando hablamos de mecanismos de ventilación mecánica no invasiva, nos referimos a cualquier soporte ventilatorio que no precise intubación endotraqueal.
Hay varios tipos de aparatos utilizados para llevar a cabo esta técnica:
- Mascarilla reservorio: son un sistema de ventilación de bajo flujo. Se trata de una mascarilla con una bolsa (reservorio) acoplada que permite concentraciones en torno a un 90% en óptimas condiciones. Se emplean en insuficiencias respiratorias porque permiten el aporte de altas concentraciones de oxígeno.
- Gafas Nasales de Alto Flujo: son un dispositivo que administra el flujo directamente sobre la nasofaringe y genera un efecto de lavado de CO_2, disminuyendo el espacio muerto anatómico, por la que aumenta la ventilación alveolar, reduce la disnea y mejora la tolerancia al ejercicio y la oxigenación. Este sistema puede proporcionar hasta un 100% de oxígeno calentado y humidificado a un flujo máximo de 60 litros por minuto.
- CPAP: funciona aplicando, mediante una mascarilla conectada a unas tubuladuras, una presión continua durante la respiración. Por lo que este sistema es utilizado solo a nivel de presión, asi que no podemos ajustar la cantidad de veces que la persona va a respirar.
El servicio de UCRI, surge de la necesidad de muchos pacientes de unos cuidados que no se llevan a cabo en las UCIS, pero que tampoco podrían realizarse adecuadamente en una planta de hospitalización convencional.
El personal de UCRI, debe estar más familiarizado con los sistemas de monitorización y de ventilación mecánica no invasiva, ya que su uso/manejo/mantenimiento es muy importante para el tratamiento de estos pacientes.

2 Objetivos

- Aprender a identificar al paciente respiratorio que precisa de estos cuidados.
- Conocer el manejo de los distintos dispositivos de ventilación que se utilizan en la UCRI.

- Tenemos que saber como tratar al paciente que ingresa en una UCRI, empatizar con el/ella, entendiendo que está pasando por una situación angustiosa, ya que lo que más le cuesta a este tipo de pacientes es algo tan necesario como respirar.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos recurrido a diferentes bases de datos como: PUBMED y DIALNET.
Hemos llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
También hemos buscado artículos publicados en los últimos años con palabras clave como: UCRI, soporte respiratorio, ventilación asistida, conducta o Neumología.

4 Resultados

Los pacientes neumológicos son pacientes que generalmente padecen enfermedades crónicas. En muchas ocasiones precisan de sistemas de ventilación mecánica. Algunos de los dispositivos de ventilación pueden llevarse a cabo con normalidad en las plantas o servicios de hospitalización comunes. En otras ocasiones, los pacientes precisan de unos sistemas de ventilación mecánica invasiva que solo se pueden llevar a cabo en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Se estima que estos últimos están en torno al 40% de los pacientes con insuficiencia respiratoria.
Por estos motivos, se han creado las UCRI, para dar soporte a casi el 60% de los pacientes con problemas respiratorios que en una planta de hospitalización común no pueden ser atendidos, pero que, dentro del servicio de UCI, tampoco precisan ni se beneficiarían del alto grado de cuidados de personal y de monitorización que en ellas se ofrece.
Debido a estos datos hay un gran número de profesionales sanitarios que defienden el desarrollo y perfeccionamiento de este servicio, basándose en que de este modo se reduce la sobrecarga de las UCI, sin que esto influya en la calidad asistencial que se le ofrece al enfermo respiratorio.
Además, existen otras ventajas que acreditan la creación de las UCRI, como son los factores relacionados con el consumo de los recursos asistenciales. También se produce un mayor bienestar en relación con la menor utilización de equipamiento y un horario de visitas más flexibles para los familiares.

Todo esto hace que la UCRI sea un lugar más propio para atender a pacientes respiratorios, contribuyendo así a su mejoría y de este modo facilitar el alta hospitalaria, sobre todo en aquellos pacientes que luego tienen que continuar con un soporte ventilatorio en sus casas.

5 Discusión-Conclusión

Tras revisar todos los puntos anteriormente descritos, solo podemos decir que se puede afirmar que las UCRI, disminuyen el coste hospitalario, reduciendo la ocupación y la estancia media en la UCI, sin incrementar la estancia media en el hospital.
También con su creación, se ha mejorado la satisfacción de los propios pacientes y sus familiares, sin ejercer un impacto negativo en el tratamiento del paciente.
Por lo tanto podríamos decir que las UCRI, son estructuras del sistema sanitario con una relación coste-efectividad muy favorable, siempre y cuando se aplique a los pacientes que estén debidamente indicados para recibir estos tratamientos.
Por supuesto, sería muy importante invertir más tiempo y dinero en la formación de más espacios destinados a este servicio, y en formar al personal sanitario para ofrecer unos cuidados asistenciales de mayor calidad.

6 Bibliografía

- Terapia respiratoria. Dr. Elpidio Juarez Ibarra.
- https://www.www.archbronconeumol.org
Unidades de Cuidados Respiratorios. Definicion y características.
- Bases de datos: Pubmed y Dialnet.
- https://medlineplus.gov
Unidad de Cuidados Intensivos.
- SEMES. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Soporte Respiratorio.

Capítulo 290

EL T.C.A.E Y EL CARRO DE PARADA

AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA

ALMUDENA LOZANO HERRERO

LILIANA LOZANO HERRERO

CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ

LAURA SANCHEZ TANTE

1 Introducción

El carro de parada es, como bien dice su nombre, un carro compuesto por cajones y bandejas que se utiliza en los hospitales para el transporte de medicamentos y dispositivos específicos para dar una respuesta rápida a un paciente cuando tiene un paro cardiaco u otro tipo de emergencia médica. Al utilizarse en tan pocas ocasiones, pero como se usan en ocasiones de urgencia, es necesario que el material que contiene esté ordenado, revisado las fechas de caducidad, para cuando se tenga que usar, esté disponible y revisado todo lo necesario, así habrá minimizado la posibilidad de error. Este tipo de carros están en todas las plantas de hospitalización, y en cualquier lugar donde se preste un servicio sanitario a un paciente.

La ubicación del carro de parada en planta de hospitalización debe estar con una ubicación de fácil acceso, que permita su movilidad rápida para poder trasladarlo donde sea necesario. La ubicación de este carro deber conocida por todos los profesionales de la planta, ya que puede usarse de manera inmediata. Una vez

que se ha utilizado el carro de parada debe de ser repuesto y comprobado por el personal de la planta que lo hace enfermería, junto con el auxiliar de enfermería. El primer carro de parada fue creado en el 1962 en el centro médico Bethany, en Kansas (EE.UU.) en la primera unidad de cuidados cardiacos. Fue fabricado por el padre de un médico del hospital y contenía un ambú, desfibrilador, un tablero de cama y unos tubos endotraqueales.

2 Objetivos

- Descripción del material y fármacos a incluir en el carro de parada.
- Establecer el mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el carro de parada, para el buen funcionamiento del equipo y del material, ante la utilización de dicho carro.

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

Vamos a proceder a la revisión ay a la exposición del Carro de parada tras haber sido utilizado en la planta de hospitalización tras una parada cardiorrespiratoria:
-Bandeja superior, en este lugar se encuentran los dispositivos que se utilizan en primer lugar y son los más importantes:
*DESA y parches para de la DESA.
*Desfibrilador y parches del desfibrilador.
*Pegatinas de electrodos.
*Gel conductor.
*Balón ventilador manual con reservorio conocido como ambú, con válvula Autopeep + mascarilla.
*Conexión de oxígeno.
*Cartel planificado de algoritmo con DESA.
-Lateral izquierdo:

*FROVA.
- Lateral derecho:
*Contenedor de desecho para punzantes.
*Bala de oxígeno.
-Parte posterior:
*Tabla de RCP.
-Cajón 1 (Medicación), en este cajón se encuentra todo lo relacionado con la medicación que se necesita ante una urgencia de vida o muerte.
*Maletín de medicación.
*Jeringas de 5, 10, 20 ml.
*Agujas de carga.
*SSF 0.9% de 10 ml.
*Fentanilo.
-Cajón 2, (Vía Venosa) en este cajón se encuentra todo lo necesario para proceder a coger una vía:
*Catéter de nº14, 16, 18, 20 y 22.
*Compresores venosos elásticos.
*Llaves de 3 pasos, con y sin alargadera.
*Tapones para vías.
*Válvulas para vías.
*Apósitos para vías pequeños.
*Clorhexidina alcohólica 2%.
*Gasas estériles y esparadrapo.
*SSF 0.9% de 10 ml.
-Cajón 3, (Vía aérea) en este cajón se encuentra todo lo necesario para proceder a una intubación:
*Mascarillas borde almohadillado para ventilación con ambú.
*Mango de laringoscopio.
*Palas laringoscopio n.º 3, 4 y 5.
*Fiadores de tubo endotraqueal.
*Lubricante hidrosoluble.
*Cánulas Guedel n.º 2, 3 y 4.
*Tubo endotraqueal con balón de presión n.º 6.5, 7, 7.5, 8 y 8.5.
*Pilas y bombillas de repuesto.
*Pinzas de Maguill adultos.
*Cintas para fijar tubo endotraqueal.
*Jeringas 10 ml.
*Fonendoscopio y manómetro.

*Sondas de aspiración flexibles.
-Cajón 4, este cajón se encuentra lo relacionado con el oxígeno y para la SNG (Sonda Nasogástrica)
*Mascarilla de O2 tipo Venturi y mascarillas con reservorio.
*Mascarilla de flujo continuo.
*Gafas nasales.
*Alargadera de O2.
*Sondas de aspiración rígida.
*Mascarilla Laríngea, n.º 3, 4, 5.
*TET n.º 6 con balón.
*Set de cricotiroidotomía.
*Válvula de Heimlich.
*SNG del n.º 14, 16 y 18.
*Lubricante hidrosoluble.
*Jeringa de 50 cc. Cono ancho para conexión a SNG.
*Tapón para SNG.
*Bolsa Colectora.
*Enganche para bolsa colectora.
*Esparadrapo para sujeción.
-Cajón 5, este cajón contiene el material necesario para proceder a cogerle una vía central al paciente.
*Kit Vía Central de 3 luces.
*Paños estériles y bata estéril.
*Guantes estériles del 6 al 8 1/2.
*Paquetes de gasas estériles y compresas estériles.
*Clorhexidina Alcohólica 2%.
*Seda recta 2.0
*Bisturí n.º 11.
*Apósito blanco de vía grande.
-Cajón 6, en este cajón contiene el material necesario para la fluidoterapia:
*Bicarbonato 1M 250 ml.
*Suero Fisiológico 0.9% 500 ml.
*Suero glucosado 5% de 100, 250, 500 ml.
*Suero glucosado 50%.
*Ringer lactado.
*Manitol 250 ml.
*Sistemas de suero de caída libre y de bomba.
*Alargaderas del sistema de suero.

5 Discusión-Conclusión

El poder contar con un carro de parada en el área de hospitalización, es superimportante, ya que para un paciente entrar en una parada cardiorrespiratoria la posibilidad de supervivencia es elevada, ya que en estos carros cuenta con gran cantidad de medicación y de material necesaria para desarrollar bien la actuación de emergencia. Además, el buen conocimiento de protocolos, tanto por parte del personal de enfermería, como auxiliares de enfermería, y celadores, esto hace que se trabaje en grupo, ya que es una situación muy complicada y de alto riesgo, ya que está en juego la vida de una persona. En estos momentos hay que encontrarse tranquilos, aunque la situación sea complicada.

6 Bibliografía

https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2011/02/material-del-carro-de-paradas.html
https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/2499f2e7549afc6eff332e4f6a1b7ef9.pdf
https://es.wikipedia.org/wiki/Carro_de_paradas
http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/c280dc34-1a41-44c1-b8c0-7220a2d0a1ef/9225281b-118a-4edd-bf29-c6dc3256b5d3/9225281b-118a-4edd-bf29-c6dc3256b5d3.pdf
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_gerencia/calidad/procedimientos_generales/013_revision_mantenimiento_carro_parada_v5.pdf

Capítulo 291

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

ALMUDENA LOZANO HERRERO

LILIANA LOZANO HERRERO

AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA

CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ

LAURA SANCHEZ TANTE

1 Introducción

La UCIN es un área dentro del hospital donde ingresan aquellos bebes que han nacido sin que el embarazo de su gestante haya llegado a término, muy prematuros o que nazcan con alguna afección médica grave.
La mayoría de los bebes que nacen prematuros necesitaran una serie de cuidados y de tratamiento que tan solo se pueden realizar en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
Denominamos bebe prematuro a aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación o que no alcancen el peso de 2,500 kg. Normalmente, estos bebes suelen tener algún tipo de afección, ya sea grave o no.

En las UCIN, tratan de que esos bebes que no han podido alcanzar el peso o el desarrollo idóneo para su normal crecimiento, puedan conseguirlo mediante un plan de cuidados individualizado y acorde a cada bebe.
En este tipo de servicios los bebes se encuentran monitorizados, se les controla de manera exhaustiva distintos factores como el peso, la cantidad de alimento que ingieren, la cantidad y la morfología de las deposiciones y orinas, así como factores como la tonalidad de la piel, la reacción ante los estímulos que van percibiendo.
Mediante los sistemas de monitorización se tienen controlados tanto la tensión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno en sangre.
El mecanismo que se suele utilizar con mayor frecuencia para administrar la alimentación a cada bebe, suele ser mediante bomba de administración de alimentación enteral. Siempre suele ser manipulada por personal sanitario.
Las UCIN ofrecen una atención individualizada y se gestiona igual que una UCI, es decir, los papas de los bebes ingresados disponen de un horario de visitas, y no suelen tener contacto directo con sus hijos, ya que estos suelen descansar en cunitas que les ofrecen calor y luz para poder seguir con su desarrollo.

2 Objetivos

• Aprender el concepto de bebe prematuro, sus características, carencias, manejo y tratamiento.
• Conocer las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, su estructura, su forma de trabajo y sus funciones.
• Ser capaces de ofrecer una asistencia sanitaria de calidad tanto al bebe que permanece ingresado en esta unidad, como a sus padres o familiares

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización del presente trabajo, hemos realizado una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existe.
Hemos consultado distintos artículos publicados en los últimos años en distintas revistas científicas y de diferentes publicaciones académicas.
También hemos consultado diferentes bases de datos, como Scielo y Medline, haciendo referencia a términos como neonato, bebe prematuro, cuidados.

4 Resultados

Si nos referimos a la forma estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, podríamos decir que suele encontrarse en el área de obstetricia, normalmente suele ser colindante a la zona de cuidados neonatos. Deben estar ubicadas en una localización que no tenga mucho tránsito dentro del propio hospital. Es un área en el que deben estar las tareas y los protocolos muy bien delimitados, ya que son servicios donde el paciente puede sufrir complicaciones y cada uno de los profesionales sanitarios debe tener muy claro cuáles son sus funciones a la hora de realizar su trabajo.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene la labor de asistir al equipo de enfermería frente a cualquier circunstancia de urgencia que se pueda presentar. Además, en condiciones normales, tiene las siguientes funciones:

- Es el personal encargado de la colocación, etiquetado, preparación y administración de la lactancia del bebe, ya sea la propia leche que les entregue la madre, como la preparación de las leches de fórmula.
- Deben conocer y controlar las necesidades alimentarias de los bebes, es decir, si un bebe no es tolerante a ciertas leches o si es alérgico a algún componente.
- También tienen como función mantener la higiene y la limpieza de los espacios donde se preservan las distintas leches.
- Los auxiliares controlan el stock del material fungible que se utiliza, lo reponen, y colocan.
- Son los encargados de anotar en las gráficas todas aquellas constantes que les indiquen los enfermeros/as.

En cuanto al cuidado del bebe ser refiere, suele ser el equipo de enfermería quienes les manipulen en todo momento, tanto para el cambio de pañal, como para la colocación dentro de las cunas, como para la toma de constantes. Esto se debe a que se intenta mantener en todo momento el cuidado del bebe, evitando así, ser manipulado por distintas manos y así evitar transmisión de ningún tipo de bacteria o enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Tras revisar todos los puntos anteriormente descritos, podemos comprobar la importancia del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Un servicio con una labor encomiable, donde se cuidan y se tratan a los bebes con una gran profesionalidad.

Son áreas cerradas, en las cual todos sus trabajadores deben tener el código

del servicio, puesto que el trabajo que se realiza en ella precisa una serie de conocimientos más especializados que los cuidados que se realizan en una planta de hospitalización común o en cualquier otro servicio.
Son áreas donde se pueden dar una serie de casos y complicaciones muy específicos al tipo de paciente, ya que estamos hablando de bebes.
Desde que se creara la primera UCIN, por el año 1961, tanto los cuidados como los recursos se han ido incrementando y mejorando.
Por lo tanto podríamos decir que las UCIN, son estructuras del sistema sanitario con una efectividad muy importante, siempre y cuando se aplique a los pacientes que estén debidamente indicados para recibir estos tratamientos.
Como en todos los ámbitos sanitarios, es muy importante continuar invirtiendo tiempo, dinero e investigación, para seguir mejorando y ofreciendo una sanidad de calidad y un trato más humanizado.

6 Bibliografía

https://kidshealth.org/es/parents/nicu-caring.html
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm
- https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/unidades-de-cuidados-especiales

Capítulo 292

LA SALA DE URGENCIAS O EMERGENCIAS EN EL INTERIOR DEL PERSONAL Y ALGUNAS DE LAS FUNCIONES DEL TCAE

SUSANA MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias ocurren cuando los servicios hospitalarios forman parte de la administración pública. Se clasificaron y agruparon los pacientes que acudían al servicio de urgencias depende del nivel de gravedad o patología que presentase.
Las salas de urgencias y emergencias, son llevadas a cabo por el sistema de administración hospitalario de cada comunidad autónoma o provincia. Puede haber dos tipos:
- Intrahospitalarias: se encuentran dentro del ámbito hospitalario y son los responsables de las grandes urgencias.
- Extrahospitalarias: son los centros de salud, es decir, atención primaria o ambulancias.

La entrada a este servicio de urgencias, se trata de un corredor situado entre la sala de espera y las demás instalaciones del servicio hospitalario.
Aquí debe de existir una sala de espera para los pacientes que acuden al servicio de urgencias con el paciente, para que permanezcan sentados esperando, también deben de contar con varios pasillos que conduzcan a las instalaciones como

los boxes donde se encuentran los pacientes que están en observación o diferentes salas del personal o donde la sala de espera donde permanecen familiares esperando.
El asistente o administrativo, recibe al paciente y al acompañante una vez que entran por el servicio de urgencias, y por consiguiente, registra cada paciente que llega al medio hospitalario en el ordenador.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro es saber y conocer cuáles son los triajes y algunas de las funciones del TCAE en el servicio 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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En este apartado, vamos a ver diferentes áreas del servicio hospitalario:
El paso intermedio es la zona que está entre la recepción, sala de técnicas o las diferentes salas o consultas médicas, también en este servicio está presente el personal no sanitario que es el celador, esta categoría puede lograrse mediante la preparación para una oposición. Este personal no sanitario, se encarga junto con la auxiliar de enfermería de los cambios posturales a los pacientes, movilizaciones a los pacientes encamados y también a los no encamados, ayuda al TCAE a realizar aseos, traslada en camilla o silla de ruedas a los pacientes hacia diferentes zonas del servicio hospitalario donde estos requieran, como por ejemplo al quirófano, a la sala de rayos, a realizar diferentes técnicas o pruebas indicadas por el médico…
También aparece la figura del guardia de seguridad, que vigila y observa que todo en el interior del ámbito hospitalario y sus alrededores esté en correctas condiciones y no exista ningún problema en el interior o inmediaciones de este.

Puede haber diferentes tipos de triaje dependiendo de la patología que presente el paciente y de la gravedad que posea.
Se denomina triaje al lugar donde el personal sanitario le realiza una serie de pruebas y técnicas a los pacientes que entran por el servicio hospitalario, es decir, en primer lugar la toma de las constantes vitales como pulso, respiración, temperatura, tensión arterial…
Vamos a ver los diferentes tipos de triaje:
- Nivel rojo: el paciente debe ser atendido urgentemente sin esperar, su vida corre peligro y puede llegar a fallecer.
- Nivel naranja: el paciente corre urgencia, debe ser atendido sin tiempo de espera y su vida corre peligro.
- Nivel amarillo: el paciente es urgente, pero no tanto, no debe de esperar mucho tiempo.
- Nivel verde: el paciente no corre peligro, puede esperar sin ningún tipo de problema.

5 Discusión-Conclusión

En resumen o conclusión, para finalizar este proyecto o trabajo de investigación, debemos de decir que el servicio de urgencias, es el lugar o servicio que atiende a todos los pacientes que así requieran.
Este servicio está disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año para cualquier imprevisto urgente que pueda surgir y sea de gran urgencia para las personas o pongan en gran riesgo su vida.

Aquí hay un gran equipo de profesionales sanitarios que se ocupa del tratamiento y mejoría de todas las personas que padezcan cualquier tipo de urgencia y acudan al servicio de urgencias o emergencias.

6 Bibliografía

«Copia archivada». Archivado desde el original el 13 de febrero de 2010. Consultado el 27 de noviembre de 2009.
«Copia archivada». Archivado desde el original el 10 de febrero de 2010. Consultado el 27 de noviembre de 2009.

Capítulo 293

FUNCIONES DEL TCAE EN UCI

MARÍA SOLEDAD SEQUERA TUBILLA

1 Introducción

La UCI o unidad de cuidados intensivos consiste en la coordinación de profesionales sanitarios que desempeñan asistencia multidisciplinar, en un lugar concreto del hospital, que dispone de unas condiciones estructurales, funcionales y organizativas.

Esta unidad ofrece un ambiente de calidad, seguridad y eficiencia convenientes para asistir pacientes que, resultando complicado la recuperación, necesitan soporte respiratorio o que necesitan soporte respiratorio básico en conjunto con soporte de al menos dos órganos o sistemas, además de todos los pacientes complicados que necesiten soporte por FMO (fallo multiorgánico).

El paciente en estado crítico es el que se encuentra en alto riesgo de padecer complicaciones de salud que peligran de manera potencial o real su vida.

El equipo de profesionales de UCI está compuesto por intensivistas, los cuales, se han cualificado en concreto para esta especialidad. Los médicos se encuentran jerarquizados, habiendo un jefe de servicio, jefes de sección de las diferentes áreas, médicos adjuntos y médico residente.

En el grupo del personal de enfermería, donde se encuentra el TCAE, necesitan también estar cualificados y formados de manera específica para trabajar en este servicio, aunque no haya una especialidad reglada específica. Además hay un personal jerarquizado en el que se encuentra un supervisor como jefe de enfermería.

2 Objetivos

Determinar los conocimientos concretos del servicio de cuidados intensivos de un hospital para desempeñar una correcta labor profesional y ofrecer una buena atención.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre las funciones del TCAE en UCI. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: TCAE, UCI, funciones Auxiliar de Enfermería, paciente crítico.

4 Resultados

La UCI es una unidad enfocada para atender a pacientes críticos. Está diseñada, organizada y compuesta de elevada tecnología y elevados estándares de calidad para ofrecer una atención médica eficaz a pacientes que necesitan por sus estados de gravedad, cuidados específicos y tratamientos complicados. Además está compuesta por un equipo multidisciplinar (médicos intensivistas, auxiliares, fisioterapeutas y enfermeros) cualificados en el manejo y cuidado de pacientes de elevada dificultad.

Es un espacio individualizado que ofrece una asistencia confortable que respeta en todo momento la intimidad del paciente. También, dispone de sistemas de pantallas y vigilancia continua de los signos vitales que permiten reconocer cualquier signo de alarma.

El fin de este servicio es restablecer las funciones vitales alteradas y restablecer los valores mínimos vitales, es decir, su objetivo es monitorizar y apoyar las funciones vitales comprometidas o alteradas en pacientes en estado crítico con el fin de que haya una evolución.

El profesional de enfermería debe tener un elevado conocimiento en el abordaje de los pacientes críticos, y también tienen que formarse de manera continua. Este profesional será el responsable de la mayoría de cuidados que dar al paciente.

En la unidad de cuidados intensivos el vínculo que se forma entre el profesional

sanitario y los pacientes es mucho más cercano que en otras unidades.

Para responder de manera adecuada a las necesidades de los pacientes en la UCI, el TCAE debe tener unos conocimientos claros para poder ejercer de manera adecuada a las circunstancias que surjan. El TCAE de la UCI es un profesional formado, el cual ofrece una atención segura y humanizada. Desempeña labores básicas de Enfermería con autonomía. El TCAE de esta unidad tiene que ser una persona responsable, amable, cercana y con hábitos de limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Para desempeñar una actuación correcta, se requiere que el profesional sanitario disponga de conocimientos y de una formación adecuada en cuidados intensivos y el paciente crítico, porque es fundamental e imprescindible para llevar a cabo su trabajo y ofrecer una buena asistencia con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

El TCAE en la UCI tiene que ser competente, disponer de enormes conocimientos en distintas especialidades y tener destreza en el momento de actuar ante una determinada situación, además de estar dispuesto para todo. También, tiene que disponer de aptitudes y madurez en la toma de decisiones en el momento de solventar dificultades de forma interdisciplinar.

6 Bibliografía

1. Velasco, J.M.; Heras, G.; Ortega, A.; Gómez, V. (2017). « Manual de buenas prácticas de humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos ». Proyecto UCI. Madrid (ISBN: 978-84-697-7456-4).
2. Gómez Tello V, Ruiz Moreno J, Weiss M, González Marín E, Merinode Cos P, Franco Garrobo N, et al. Physician staffing needs in critical care departments. Med Intensiva. 2018; 42:37-46.
3. Vera Carrasco Oscar. LA IMPORTANCIA Y REALIDAD ACTUAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PANDEMIA DEL COVID-19. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2022 [citado 2022 Oct 04] ; 28(1): 64-74.

Capítulo 294

LAS TEMIDAS BRONQUIOLITIS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

1 Introducción

El término bronquiolitis se utiliza desde hace más de 70 años para describir a un conjunto de síntomas respiratorios. La definición de esta enfermedad no está establecida con exactitud.
En 1983 MC Connochie definió la bronquiolitis como el primer episodio de sibilancias, seguido de un cuadro respiratorio, con tos, disnea, taquipnea, con o sin fiebre en niños menores de 2 años.
La bronquiolitis es una patología de gran frecuencia e importancia que genera un importante coste social y económicos elevados.
La mayor parte de las bronquiolitis son leves y no necesitan de hospitalización, sino ser controlados de manera ambulatoria.
El virus respiratorio sincitial es el implicado con más frecuencia en la enfermedad, no es el único virus capaz de producir la bronquiolitis.
El tratamiento se basa en medidas generales y de soporte como la oxigenación y la hidratación.
El tratamiento con corticoides no está justificado, ya que se ha demostrado que con oxígeno e hidratación se obtienen buenos resultados.
Los signos y síntomas de la bronquiolitis, suelen ser los mismos que los del resfriado común. Cómo son; congestión nasal, ”moqueo”, tos y fiebre.

Por lo general, los síntomas mejoran por si solos, pero a veces empeoran y pueden presentar (" pitos "o silbidos agudos al respirar).
Los más afectados a la bronquiolitis son a menudo; bebés y niños pequeños, ya que sus vías respiratorias son más pequeñas y se obstruyen con más facilidad.
En bebés prematuros y niños con problemas cardíacos, pulmonares y sistema inmunitario débil.
El simple hecho de tener hermanos que van a la escuela, ir a guarderías o estar expuesto al humo de otras personas, aumenta el riesgo a sufrir la bronquiolitis.

2 Objetivos

- Definir los diferentes tipos de virus de bronquiolitis.
- Describir medidas de prevención para evitar la bronquiolitis.
- Conocer la clínica y fisiopatología.

3 Metodología

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 ya revisadas.

4 Resultados

Clínicamente, hablar de bronquiolitis es hablar o referirse al VRS, existen otros virus, otro virus implicados no menos importantes.
1°-El VRS es el responsable entre el 45-75% de los casos de bronquiolitis.
Se transmite por contacto con material infeccioso o por aerosoles. El periodo de incubación oscila entre 3 y 6 días. El niño se puede volver a infectarse tantas veces sea.
2°- RINOVIRUS: es el más frecuente en infecciones respiratorias altas. Esta afectación es con frecuencia la más asociada a la bronquiolitis.
3°-(HMPV) se conoce como Metapneumpvirus humano. Tiene una gran semejanza al VRS, es el responsable de 14-25% de los casos de bronquiolitis en pacientes ingresados.
4°- ADENOVIRUS: es el mayor de los casos de bronquiolitis en lactantes, en general produce infecciones leves.

5°- VIRUS INFLUENZA: muy parecido al VRS, pero si clínica es fiebre alta.
6°- VIRUS PARAINFLUENZIA: es uno de los virus más común de infección respiratoria en la infancia, aunque poco papel en la bronquiolitis.

_ Clínica:
Síntomas catarrales en vías altas, resfriado común o gripe.
Aparición en 2-3 días con tos congestiva y paroxística, dificultad respiratoria y rechazo de comidas.
Fiebre, suele estar presente aunque no siempre. Apnea que también puede estar presente en lactantes y en prematuros.
Generalmente, es una enfermedad autolimitada y benigna.
La prevención de la bronquiolitis es muy importante, por ellos algunas recomendaciones que llevados a la práctica, nos vendrá muy bien para paliar este virus, que son:
_ El lavado de manos, el método más efectivo para todo tipo de virus.
_ Mantener a los bebés o niños alejados de personas resfriadas y con tos.
_ Impedir que si bebé o niño sea ”fumador pasivo”.
_ Mantener limpio los juguetes y las superficies de su alrededor.

5 Discusión-Conclusión

Conocer el diagnóstico, la diferencia de patologías pediátricas pulmonares, debido a la gran frecuencia con que se ven en atención primaria, en pediatría y en urgencias.
Se debe limitar el uso de pruebas, ya que se ha demostrado que no hay grandes beneficios. Este debe ser reservado para aquellos niños que muestran una respuesta favorable al tratamiento, el manejo de estos pacientes y en la adecuada educación a las familias.
No hay una definición precisa de esta enfermedad tan transcendente para el personal sanitario y evitar su sobre diagnóstico.
Es una patología frecuente, con una clínica que es muy característica y con un tratamiento precoz que evita las complicaciones.

6 Bibliografía

Claudia Fuentes S, Guillermo Cornejo C, Raúl Bustos B. Actualización en el tratamiento de bronquiolitis aguda: menos es más. Neumol Pediatr 2016; 11 (2): 65-70.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda, Fundació Sant Joan de Déu (coords.). Guía de Práctica Clínica sobre Bron-quiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de
Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
MC Connochie KM ,1983; 173:11-13
Everard ML, 2009;56:119-133

Capítulo 295

RECOMENDACIONES Y PLAN DE CUIDADOS FISIOTERAPÉUTICOS EN EL PACIENTE AFECTADO POR COVID-19

MARÍA JOSÉ BLAS SOTO

ANA LORENZO ALFARO

RAÚL SÁNCHEZ GIL

1 Introducción

Las posibles consecuencias del virus son inciertas en este momento, pero parece claro que puede causar una infección respiratoria altamente contagiosa con una función pulmonar y respiratoria reducida (desde una disnea inicialmente leve hasta una neumonía bilateral grave). También puede provocar una disminución de la fuerza física debido al reposo prolongado en cama, el confinamiento en el hogar, la disminución de la movilidad y la actividad muscular, los trastornos del equilibrio, los problemas vasculares y cardíacos y los problemas psicológicos.
Como resultado, pueden surgir problemas específicos, que incluyen debilidad y fatiga muscular severa, disminución de la movilidad articular, dificultad para tragar, problemas neurológicos y psicológicos, problemas de tipo respiratorio y problemas funcionales. Desde una perspectiva respiratoria, los objetivos de la fisioterapia son mejorar la percepción de la disnea, mantener una función pulmonar adecuada, mejorar la disfunción, la discapacidad y mejorar la calidad de vida.

Una vez que el paciente ha superado la fase aguda de la enfermedad, en la que la fisioterapia respiratoria está contraindicada (según la evidencia científica), la rehabilitación es fundamental para la recuperación del paciente según unos valores normativos específicos en el periodo posterior.
Estas recomendaciones son para personas afectadas por Covid-19 o que se están recuperando pero aún están encerradas.

2 Objetivos

objetivos princiales:
-Exponer e indicar una propuesta de tratamiento fisioterápico con recomendaciones y cuidados para pacientes afectados por el virus Covid-19.

3 Metodología

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

4 Resultados

El programa de tratamiento persigue los siguientes objetivos:
Metas de nivel de respiración:
- Aconsejar al paciente que realice determinadas técnicas de respiración en la habitación o en casa. - Mantener y mantener la función respiratoria. - Mantener un buen patrón de respiración. - Favorece el crecimiento del volumen pulmonar y aumenta la expansión del parénquima pulmonar. - Da flexibilidad y movilidad a las costillas. - Mejora los síntomas relacionados con el virus (dificultades para respirar y fatiga muscular). - Elimina secreciones. - Funcionalidad mejorada. - Prevención y reducción de complicaciones posteriores. Objetivos del nivel de movimiento: - Mantener el rango de movimiento de las articulaciones de las extremidades. - Restaurar la fuerza muscular en los grupos musculares más afectados. - Verticalización progresiva (en el cuidado de la cama). - Reeducación de la marcha. - Mejorar el equilibrio. - Ganar tolerancia al esfuerzo físico

- Dar a los pacientes la confianza para volver a su vida anterior lo más rápido posible.
El plan de tratamiento es el siguiente:
Ejercicio de circulación: Hay 3 fases:
1. La primera etapa o etapa de promoción:
- Posición inicial: Túmbate boca arriba con una cuña debajo de la pierna, a 45º.
- Hacer ejercicios: puntas de los dedos hacia nosotros, de vuelta a la posición inicial, etc. Practicamos entre 30 segundos y 3 minutos.
2. La segunda etapa o descendente:
- Posición inicial: Siéntate en la cama con los pies en el aire.
- Para hacer el ejercicio: dibujamos círculos a los lados con los tobillos.
- Practicamos entre 1-5 minutos.
3. Fase III o Fase de Descanso:
- Posición inicial: Acuéstese boca arriba con los pies en la cabecera.
- Haz el ejercicio: primero giramos los extremos hacia nosotros, luego empujamos con ellos el cabecero. - Hacemos 5-6 minutos de práctica. Ejercicios de respiración: repita el ejercicio, 10-15 veces por ejercicio, 2-3 veces al día. - Posición inicial: Acuéstese boca arriba con las piernas dobladas y las plantas de los pies sobre la cama. Realizar el ejercicio: colocamos una mano en el pecho y la otra en el el pecho y la otra sobre el abdomen.
Inhalamos aire por la nariz, la barriga se hincha, notamos como la mano en el pecho está inmóvil y la mano en la barriga se levanta. Lentamente expulsamos aire por la boca hasta vaciar completamente los pulmones.

5 Discusión-Conclusión

Por estos resultados, este conocimiento debe ser difundido a todos los profesionales de la salud (fisioterapeutas), hospitales, familias y sistemas de salud de todos los países para que puedan ponerlo en práctica.
Como esto implica importancia y afecta a la especie humana, es crucial poder continuar con las investigaciones e intervenciones en esta área que hemos mencionado en este capítulo, para que se puedan identificar y desarrollar nuevas estrategias, técnicas y recomendaciones.
La experiencia nos ha enseñado que los sujetos que recibieron fisioterapia post-Covid mejoraron significativamente respecto a los que no. Es tarea de todos los profesionales comunicar y educar a las masas.

6 Bibliografía

1. Restrepo RD, Wettstein R, Wittnebel L, Tracy M. Incentive Spirometry: 2011. Respiratory Care. 2011 october.
2. Manual SEPAR de Procedimientos nº 27. JD Martí y M Vendrell (Coords.). Técnicas manuales para el drenaje de secreciones bronquiales en el paciente adulto. Editorial Respira: Barcelona, 2013

Capítulo 296

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL DOLOR DORSO-LUMBAR POR ENFERMEDAD DE FORESTIER

ANA LORENZO ALFARO

RAÚL SÁNCHEZ GIL

MARÍA JOSÉ BLAS SOTO

1 Introducción

La enfermedad de Forestier o hiperostosis idiopática difusa es la rigidez de los ligamentos en el área que se conecta con la columna vertebral. Mineralización del ligamento longitudinal común anterior: se observa mineralización en al menos tres vértebras adyacentes. Allí no se suele recurrir a la cirugía, salvo complicaciones como fracturas, disfagia o mielopatía.

Fue descrita por Forestier y Rotes-Querol en 1950, refiriéndose a la hiperostosis del sistema musculoesquelético, como hiperostosis senil anquilosante de la columna vertebral, en una amplia gama de condiciones clínicas y radiográficas humanas durante los siglos VI y VII. proceso de definición de la imagen. vida. Puede afectar no solo la columna vertebral, sino también otras partes del cuerpo. Sus localizaciones más habituales son el cuello uterino y la espalda, aunque también se puede encontrar en la zona lumbar. Debido a que tiene un curso leve y pocas complicaciones, es posible que no cause síntomas. En caso afirmativo, algunos de ellos son:

- Rigidez. - dolor.

- Disminución del rango de movimiento. Otros (para cervicogénicos y progresivos): Dificultad para tragar o ronquera.
Su etiología es desconocida, pero existen varios factores de riesgo.
Edad: Mayormente en adultos mayores de 50 años. - Género: Afecta más a los hombres.
Enfermedades como la diabetes, la obesidad, la artritis reumatoide y la gota. - Consumo de determinados fármacos.
Ante una condición crónica y progresiva, debemos ser pacientes y confiar en que la enfermedad mejorará y no incapacitará a la persona. Las lesiones de la médula espinal son muy comunes y su incidencia aumenta cada año, especialmente entre los jóvenes, por lo que es importante la prevención y llevar un estilo de vida lo más saludable posible.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Disminuir o eliminar el dolor.
Objetivos secundarios:
- Recuperar la movilidad de la espalda.
- Conocer los estiramientos y relajación de músculos, tendones y ligamentos.
- Chequear articulaciones o estructuras asociadas.
- Incentivar al paciente en todo momento.

3 Caso clínico

Varón de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial controlada y sobrepeso, retirado de la minería. El dolor en la parte baja de la espalda era fuerte, pero llegué al hospital con dolor en la parte baja de la espalda. Anteriormente había mostrado muchas imágenes del dolor en esta área, pero esta vez se volvió más incómodo con el tiempo y restringió aún más sus actividades diarias, es de duración limitada. Cuando le preguntamos sobre su dolor, nos dijo que era bastante constante. Es activo y le gusta hacer mucho por dentro y por fuera, pero actualmente es muy aburrido, sedentario y tiene muy poca motivación. El examen de su espalda revela rigidez en toda la columna, especialmente en el área de la espalda y la cadera, con todas las articulaciones empujadas hacia adelante desde la cintura hasta el cuello. Reducir la curvatura. Lasègue es negativo pero pierde rango de movimiento en todas las direcciones. Espasmos musculares en

ambos lados de la columna, cuádriceps, glúteos y áreas piramidales. Sin sensibilización. Se le dijo que cambiara de posición y observara el miedo mientras estaba sentado o de pie, lo que hizo lentamente sobre bloques. A veces era un poco difícil caminar y pararse, pero no tuve problemas para caminar.
Estaba claro que necesitaba restaurar la movilidad en esta zona de la espalda y tratar los músculos y el dolor, pero pedí una placa para confirmar lo que había descubierto en primer lugar.
(más grave esta vez), pero podría haber algo más. Se inició tratamiento con sesiones semanales, y en la segunda cita se observó otra patología además de signos de artrosis osteogénica: enfermedad de Forestier benigna de segmentos D9-D11 y L1-L5.La articulación sacroilíaca sujeta el espacio articular. El área del cuello también muestra signos de osteoartritis.
Nuestra sesión se centrará en:
- Trabaja toda tu columna para reducir la rigidez y restaurar la flexibilidad tanto como sea posible. - Estira músculos y ligamentos.
- Ejercitar los músculos con terapia manual para aliviar los espasmos musculares. Rehabilitación postural y medidas de higiene postural.
También revise otras articulaciones que puedan verse afectadas, como las rodillas, los hombros y los talones. - Programa de ejercicios en casa y de marcha. Ejercicios de fuerza, resistencia y estiramiento. - Comentamos y educamos sobre la importancia de una buena alimentación.
Beba mucha agua y evite los refrescos. Reducir las bebidas estimulantes.
- La importancia del descanso nocturno. Después de algunos tratamientos, el paciente descubrió que estaba en remisión sin importar lo que hiciera el fisioterapeuta, pero seguía mostrando una perforación severa y dolor en la parte inferior de la espalda. Hablamos sobre cómo lidiamos con el entrenamiento y las instrucciones. Abogamos por la importancia del trabajo activo. Sin su colaboración el trabajo en camilla sería inadecuado y poco a poco iríamos encaminando al paciente hacia una recuperación seria de la función activa.Dando resultados, el paciente se sentía cada vez mejor con menos dolor y sin episodios de 'ardor intenso'. Está motivado y continúa con sus actividades normales.

4 Discusión-Conclusión

La balanitis es una enfermedad rara y es importante un diagnóstico diferencial adecuado para evitar un tratamiento inadecuado. Aunque nos ocupamos de lesiones crónicas, se pueden tratar con resultados positivos y no impiden que el

paciente haga una vida normal. La labor del fisioterapeuta en el asesoramiento es tan importante como su labor en el domicilio del paciente.
Necesita un equilibrio entre trabajo pasivo y activo y energía, nutrición, motivación y un estilo de vida saludable. Además de reducir o eliminar los síntomas que presentan los pacientes en momentos específicos, se deben prevenir y evitar las recaídas a largo plazo.

5 Bibliografía

1. Beyeler Ch, Schlapbach P, Gerber N, Sturzenegger J, Fahrer H, Linden V, et al: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) of the shoulder: a cause of shoulder pain? Br J Rheumatol. 1990; 29: 349-353.
2. Kiss C, Szilagyi M, Paksy A, Poor G: Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. Rheumatology. 2002; 41: 27-30.
3. Resnick D, Niwayama G: Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiophatic skeletal hyperostosis (DISH). Radiology. 1976; 119.

Capítulo 297

FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA Y EJERCICIO TERAPÉUTICO

RAÚL SÁNCHEZ GIL

MARÍA JOSÉ BLAS SOTO

ANA LORENZO ALFARO

1 Introducción

Tendinopatía es actualmente el término utilizado para referirnos al dolor persistente en el tendón y a la pérdida de función debida a la carga mecánica. El porcentaje de consultas relacionadas con problemas asociados a tendinopatías es significativo, llegando al 30 % de todos los problemas musculoesqueléticos vistos en atención primaria. Puede afectar tanto a personas sedentarias como deportistas, y puede afectar tanto al miembro superior como al inferior, siendo las más habituales las del manguito rotador, la de la musculatura epicondílea, la glútea, la rotuliana y la del Aquiles.

La tendinopatía del Aquiles es una patología muscoloesquelética habitual del miembro inferior con una incidencia aproximada de 2,6 pacientes por cada mil habitantes al año en la población general y que puede llegar hasta el 50 % a lo largo de la vida en poblaciones específicas como los deportistas, siendo del 10,9 % entre los corredores. Es una lesión por sobrecarga cuyo diagnóstico se realiza mediante la clínica y que puede afectar tanto a la parte distal como media del tendón.

El manejo de la tendinopatía se ha convertido en un reto. Los pacientes suelen mejorar entre los 3 y los 12 meses tras el comienzo del tratamiento, pero no más

allá del año. Los síntomas crónicos persisten en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes tras 10 años desde el tratamiento, pudiendo afectar tanto a la calidad de vida como a la actividad física de los pacientes que los padecen. En la actualidad, ha aumentado el interés en los tratamiento conservadores como la prescripción del ejercicio, que ha demostrado ser efectivo en otras patologías.

2 Objetivos

Analizar si el ejercicio resulta efectivo en el tratamiento del dolor producido por la tendinopatía del Aquiles por parte del equipo de fisioterapia

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, PEDro (Physiotherapy Evidence Database) y Google Académico revisando los artículos publicados a fecha 21 de mayo de 2021. Se utilizaron para la búsqueda las palabras claves tendinopatía, Aquiles, ejercicio y fisioterapia, tanto en español como en inglés. Se han excluido de la revisión aquellos artículos que no aportaran una posibilidad de acceso gratuito.

4 Resultados

Se incluyeron tres revisiones bibliográficas sobre el uso de diferentes técnicas de tratamiento en la tendinopatía del tendón de Aquiles, una de ellas sobre la efectividad de los ejercicios isométricos en las tendinopatías, otra sobre la efectividad del ejercicio excéntrico para el Aquiles y una última revisión sobre qué tratamiento resulta más efectivo en el tratamiento de la tendinopatía aquílea.
En la primera de las revisiones bibliográficas , se evaluaba la efectividad de los ejercicios isométricos en diferentes tendinopatías, no sólo en la aquílea y, además, en algunos casos se comparaba con otras técnicas. Se observó que los ejercicios isométricos no fueron superiores a los isotónicos en la reducción del dolor de las tendinopatías crónicas ni inmediatamente tras la sesión ni a corto plazo.
La segunda de las revisiones comparaba de los ejercicios excéntricos con otras opciones terapéuticas para el tratamiento de la patología del tendón de Aquiles. Se pudo constatar que este tipo de ejercicios resultaron efectivos tanto en la reducción del dolor como en la mejoría de la función al compararlos con un grupo control al que no se le hizo nada, con el ejercicio concéntrico y con una terapia de

vibración de todo el cuerpo. Sin embargo, al compararlo con ejercicios de resistencia, ortesis u ondas de choque no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mejoría del dolor y de la función entre esas técnicas y los excéntricos, diferencias que sí hubo al comparar dos protocolos de tratamiento en el que uno se incluían los excéntricos y en el otro no.
Por último, se incluyó una revisión que evaluaba qué tratamiento era más efectivo para esta patología. Se comparaban hasta 17 técnicas diferentes entre las que se incluían los ejercicios. Todos los tratamiento mostraron a los 3 meses ser más efectivos que esperar. A los 12 meses el uso de ejercicio tanto de manera aislada como junto con otras técnicas como las férulas nocturnas mostró un efecto similar a la infiltración farmacológica.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de los estudios, se puede observar que el ejercicio supone una herramienta terapéutica efectiva en el tratamiento de la tendinopatía aquílea, sobre todo a largo plazo, obteniendo resultados muy similares a la infiltración farmacológica tanto en la reducción del dolor como en la mejoría de la función tanto de manera aislada como utilizándolo dentro de un protocolo de tratamiento.
Además, es un tratamiento económico, fácil de aplicar y con un seguimiento sencillo tanto en una consulta como a nivel domiciliario, por lo que se debe considerar el ejercicio terapéutico como una alternativa recomendable para el tratamiento de esta patología.

6 Bibliografía

1. Clifford C, Challoumas D, Paul L, et al. Effectiveness of isometric exercise in the management of tendinopathy: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ Open Sport & Exercise Medicine 2020;5:e000760. doi:10.1136/bmjsem-2020-000760.
2. Jayaseelan DJ, Mischke JJ, Strazzulla RL. Eccentric Exercise for Achilles Tendinopathy: A Narrative Review and Clinical Decision-Making Considerations. J. Funct. Morphol. Kinesiol. 2019, 4, 34.
3. van der Vlist AC, Winters M, Weir A, et al. Which treatment is most effective for patients with Achilles tendinopathy? A living systematic review with network meta-analysis of 29 randomised controlled trials. Br J Sports Med 2021;55:249–255. doi:10.1136/bjsports-2019-101872.

Capítulo 298

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LESIÓN MEDULAR TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO. CASO CLÍNICO

EVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La lesión medular se puede definir como una alteración en la médula espinal, de cualquier etiología, ya sea traumática o por enfermedad. Esto origina pérdida del movimiento voluntario, pérdida de la sensibilidad y disfunción vesical, intestinal y sexual, además de importantes consecuencias psíquicas y socioeconómicas.
La capacidad para controlar las extremidades después de haber sufrido una lesión medular va a depender de dos factores: del nivel de la lesión medular y la gravedad.
La gravedad de la lesión de clasifica en dos:
- Completa: si la función sensitiva y motora desaparece por debajo de la lesión de la médula espinal.
- Incompleta: si hay cierta función sensitiva o motora por debajo de la lesión medular.

Además, la parálisis puede denominarse:
- Tetraplejia: cuando los cuatro miembros, tronco y órganos pélvicos están afectados por la lesión de la medula espinal.
- Paraplejia: cuando está afectada la totalidad o parte del tronco, piernas y órganos pélvicos.

Los accidentes de tráfico (con automóviles y motocicletas) son la causa principal de las lesiones de la médula espinal, y representan casi la mitad de las nuevas lesiones al año.

Suele ocurrir con mayor frecuencia en un rango de edad entre 15 y 28 años. Aproximadamente el 85% de los casos son hombres, cuatro veces más que en mujeres. Un equipo multidisciplinar debe abordar todos los aspectos clínicos sin olvidar los psicológicos, sociales, educativos, familiares, etc… En conclusión, todo aquello que le ayude a normalizar la vida del paciente.

2 Objetivos

Describir el tratamiento fisioterápico aplicado en lesión medular tras accidente de tráfico a propósito de un caso clínico.
En cuanto a los objetivos marcados para el paciente de este caso clínico, los dividiremos en a corto plazo, medio plazo y largo plazo.
- Los objetivos a corto plazo son: prevenir escaras, evitar retracciones y deformidades, mantener el recorrido articular, favorecer la verticalización progresiva y conseguir la sedestación y trabajar volteos.
- A medio plazo: Potenciar el control del tronco en sedestación, flexibilizar, elasticidad y potenciación del tronco, correcta posición sentado, hipertrofiar la musculatura supralesionar, preparar para las actividades de la vida diaria, manejo de silla de ruedas, bipedestación como órtesis largas (bitutores), marcha como ejercicio en paralelas, mejorar las reacciones de enderezamiento y eliminar contractura del romboides derecho.
- A largo plazo: Conseguir recorrido articulares libres (aprendizaje de automovilizaciones), conseguir la máxima independencia en las actividades de la vida diaria, educar en el uso de ayudas técnicas y marcha con bitutores y andador

3 Caso clínico

Varón de 21 años que ingresa en el Hospital Nacional de Parapléjicos procedente del Hospital La Paz por politraumatismo tras accidente de tráfico con motocicleta ocurrido el 26/10/2020.
El diagnóstico médico es politraumatismo en accidente de motocicleta con contusiones pulmonares de predominio derecho, fractura de escápula derecha y fractura luxación D9-D11 con fijación quirúrgica SLMD9 ASIA A. Intervenido quirúrgicamente el día 04/11/2020 mediante abordaje posterior, realizándole una fijación D9 a D11 e interposición de injerto somático en D10.
En cuanto a la valoración de fisioterapia se observa que el paciente utiliza ayudas técnicas como es la silla de ruedas, y en cuanto a la marcha la realiza mediante bitutores de cierre suizo y andador. En cuanto a la posición en sedestación tanto

corta como larga no se observa una correcta extensión de espalda debido a la lesión (no posee una buena extensión de columna).
En la región posterior del tronco encontramos bandas tensas (sobre todo en el romboides derecho) refiriendo molestias al realizar movimientos bruscos con el hombro.
Tanto la sensibilidad superficial, profunda como la cortical se encuentran presentes hasta D10. A partir de este nivel se encontrarán las tres sensibilidades abolidas (anestesia)

Las reacciones de enderezamiento son buenas. En cuanto a las reacciones de equilibrio en la sedestación es estable, pero si le pedimos movimientos a ambos lados para tocar un punto lo realiza, aunque le cuesta hacerlo.

Le pedimos que contraiga abdominales y vemos que el ombligo se desplaza hacia arriba por lo que la lesión tiene que estar por encima de D10 (tiene abdominales superiores) por lo que el nivel motor lo tiene en D9. En cuanto a la sensibilidad la tiene conservada hasta D10. Por lo tanto tiene el nivel neurológico en D9 Escala ASIA A.
Por tanto el diagnóstico de fisioterapia sería: no actividad motora a partir de D9, anestesia a partir de D10, imposibilidad de marcha convencional y contractura de romboides derecho.
Al paciente lo encontramos en la fase de sedestación por lo que tiene relación con los objetivos a medio plazo.
En cuanto a la fase de plano inclinado (que corresponden con los objetivos a corto plazo) y tratamiento en cama ya han sido realizados por lo que los objetivos ya están cumplidos. El paciente ha estado una semana y media en el plano inclinado con la finalidad de lograr una verticalización progresiva y conseguir tolerar correctamente la sedestación.
Posteriormente como paso previo a la puesta en pie en paralelas realizó bipedestación en standing para conseguir este objetivo. El paciente también ha realizado anteriormente volteos a ambos lados para poder realizar independientemente cambios posturales en cama. Tras todos estos objetivos que ya se han cumplido pasamos a hacer nuestro tratamiento para conseguir los objetivos de medio plazo:

• Comenzaremos en decúbito supino realizando:
- Cinesiterapia pasiva de miembro inferior para mantener el recorrido articular de MMII.
- Potenciación de miembro superior mediante pesas o FNP (Kabat)

- Estiramientos de miembro superior como inferior para evitar acortamientos

• Decúbito prono
- Potenciar musculatura posterior del tronco mediante cinesiterapia activo-asistida o pesas
- Estiramientos de cuádriceps y abdominales para evitar acortamientos
- Masoterapia en región del romboides derecho para eliminar contractura (presiones deslizantes, pinza rodada, presión isquémica, amasamiento, fricciones circulares)
- Termoterapia con hot-pack 5 minutos

• Cuadrupedia
- Desestabilizaciones desde pelvis para mejorar el control de la pelvis

• Sedestación sobre talones
- Desestabilizaciones desde el tronco o brazos y lanzamiento de balón para mejorar reacciones de equilibrio y enderezamiento

• Sedestación larga
- Tanto el flexibilizar el tronco para ganar recorrido articular y poder manejar sus piernas y las rotaciones de tronco para liberar adherencias en este paciente no lo realizamos ya que ha sido trabajado antes y su flexibilidad es correcta.

- Trabajo de equilibrio mediante desestabilizaciones de tronco, palmadas y lanzamiento de balón para mejorar sus reacciones de equilibrio en sedestación.
- Pulsores para mejorar las transferencias

• Sedestación corta
- Trabajo de equilibrio mediante desestabilizaciones de tronco, palmadas y lanzamiento de balón para mejorar sus reacciones de equilibrio en sedestación.
- Pulsores para mejorar las transferencias
- Trabajo de reacciones de enderezamiento (cogiendo los brazos del paciente y llevándolo hacia delante y ambos lados para desestabilizar y él debe volver a la posición inicial

• Bipedestación
- Marcha con bitutores en paralelas inicialmente y posteriormente realizamos marcha con andador

Por último, como objetivos a largo plazo enseñaremos al paciente el uso de ayudas técnicas como es: ponerse y quitarse bitutores, manejo de andador, así como

también enseñar al paciente automovilizaciones para mantener el recorrido articular.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión se podría decir que el tratamiento de fisioterapia es indispensable en el tratamiento de los lesionados medulares, ya que mediante la rehabilitación física como la autonomía personal o el aprendizaje de destrezas fomentarán la independencia y también el trabajo de apoyo y de información a la familia mediante el equipo interdisciplinar. El equipo interdisciplinar debe estar a una para conseguir que los sujetos con lesiones medulares puedan normalizar su vida.
El fisioterapeuta una vez acabado su tratamiento, debe dar unas recomendaciones e instrucciones que debe seguir tanto el sujeto como su familia, para adaptarse mejor al medio exterior.

5 Bibliografía

1. Gifre, M., del Valle Gómez, A., Yuguero, M., Gil, A., Bosch, PM. (2010). La mejora de la calidad de vida de las personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social (18), 3-15
2. Henao-Lema, CP., Pérez-Parra, JE. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. Aquichan. (2010). 10(2), 157-172
3. Robles, J., Saborit, Y. R., Valiño, M. V., Machado, L. M., y Milán, V. M. Factores clínicos y psicosociales de la rehabilitación en la lesión medular traumática. Revisión Bibliográfica(2014)
4. Bisbe Gutiérrez, M. (2012). Fisioterapia en neurología, procedimientos para restablecer la capacidad funcional. Madrid, España: Panamericana
5. Coll Costa J. L, & León García P. A. (2005). Programa de ejercicios físicos terapéuticos para pacientes con lesiones medulares. España: Editorial Médica Panamericana
6. Salinero Pérez, M. (2002). Guía de tratamiento de fisioterapia en el lesionado medular del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Madrid. España.

Capítulo 299

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN NEURALGIA POSTHERPÉTICA. CASO CLÍNICO

EVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El herpes zoster es una infección cutánea ocasionada por el ADN virus, caracterizada por un dolor radicular acompañado de una erupción vesiculosa. Su aparición está relacionada con periodos de estrés, edad avanzada, enfermedades autoinmunes y estados de inmunodepresión. La forma de transmisión es a través del contacto directo con el líquido de las ampollas. En cuanto a la incidencia, es muy baja en niños y adultos, en cambio incrementa en ancianos.
El tratamiento farmacológico consiste en antivíricos: aciclovir, valaciclovir, famciclovir y brivudina.
La neuralgia postherpética es una de la complicación crónica más frecuente del herpes zoster, siendo la duración de esta desde semanas hasta en ocasiones muchos años.
La neuralgia postherpética se defino como el dolor dermatómico que persiste por lo menos durante 90 dias después de la aparición del exantema del herpes zoster. En la mayoría de los casos suele mejorar con el tiempo.
El dolor neuropático es producido por la lesión de las fibras nerviosas aferentes. Las fibras dañadas no pueden enviar mensajes de la piel al cerebro normalmente, por lo que los mensajes son confusos y exagerados, lo que causa dolor crónico y a menudo insoportable.
Por ello, mediante este caso clínico observaremos si la intervención del fisioterapeuta podrá paliar la sintomatología de esta patología.

2 Objetivos

Describir el tratamiento fisioterápico aplicado en la neuralgia postherpética a propósito de un caso clínico.
Tratar de disminución del dolor de todo el miembro superior izquierdo, ganar recorrido articular del hombro, codo, muñeca y dedos y disminuir el tono muscular de la musculatura escapular.

3 Caso clínico

Varón de 75 años que acude a valoración de fisioterapia derivado por su médico de cabecera con diagnóstico de neuralgia posherpética.
Paciente que en febrero de 2022 amanece con ampollas en la región de la axila izquierda y a lo largo de los días van bajando por toda la región interna de miembro hasta llegar a la palma de la mano. Acude a consulta médica donde es diagnosticado de herpes zoster. Se le pauta un tratamiento farmacéutico hasta la desaparición del herpes.
Tras unos meses, vuelve a consulta ya que tras la desaparición del herpes se le ha quedado dolor intenso en todo el miembro (no cesa) e incapacidad de movimiento sobre todo del hombro, aunque también presenta incapacidad de movimiento en codo, muñeca y dedos de la mano. Anteriormente, en 2016, se le diagnostica síndrome subacromial en ese mismo miembro. Por todo ello, el MAP deriva para valoración al fisioterapeuta de atención primaria.
En la valoración de fisioterapia encontramos inflamación de la muñeca y mano, disminución del recorrido articular de hombro, codo, muñeca y dedos de la mano, hipertonía en trapecio izquierdo y región escapular. En cuanto al dolor el paciente refiere un dolor incapacitante que no cesa durante todo el día aun tomando Lyrica.
El diagnóstico de fisioterapia fue: dolor de todo el miembro superior izquierdo, disminución del recorrido articular de hombro, codo, muñeca y dedos la mano izquierda, hipertonía de la musculatura escapular izquierda.
Comenzaremos un tratamiento de fisioterapia en días alternos durante 4 semanas, si no conseguimos mejora alguna derivaremos al servicio de rehabilitación para la realización de pruebas diagnósticas.
Durante las primeras sesiones intentaremos paliar el dolor incapacitante de todo el miembro, así como ganar poco a poco el recorrido articular de todo el miembro.
El tratamiento realizado fue: ultrasonido en la cara anterior del hombro izquierdo, TENS en hombro y recorrido del nervio cubital, movilizaciones pasivas de todo

el miembro y ejercicios de hombro, drenaje linfático en mano y muñeca y masoterapia en región escapular (infraespinoso y supraespinoso) y trapecio.
Una vez fuimos ganando recorrido articular se fue añadiendo movilizaciones neuromeníngeas.
Tras la descarga de la musculatura escapular, así como trapecios, se notó una mejoría en cuanto a la movilización de hombro.
En la segunda semana de tratamiento se notó una mejora del recorrido articular, así como disminución del dolor. Por lo tanto, se le añadió ejercicios con gomas (contra resistencia). También disminuyó la inflamación de muñeca y mano.
Pasado el mes de tratamiento el dolor ha disminuido casi totalmente y el recorrido articular se encuentra casi al completo. Se le pautará la realización de los ejercicios en casa para seguir ganando recorrido articular.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión podríamos decir que el tratamiento fisioterápico es beneficioso para producir una mejora en la sintomatología en la neuralgia postherpética. Si bien es cierto que el tratamiento precoz de esta patología hubiese evitado la incapacidad para la movilización del miembro, así como la hipertonía de la musculatura escapular y trapecio.
En este sujeto el dolor exagerado del miembro le llevó a la inmovilización para no sufrir mayor dolor, por lo que unas recomendaciones del fisioterapeuta al comienzo de la sintomatología podría haber evitado esa inmovilización.
Por ello, sería bueno derivar a los sujetos que padecen esta patología para cuanto antes poder paliar la sintomatología.

5 Bibliografía

1. Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster - typical and atypical presentations. Postgrad Med. 2017; 129(6):567-71
2. García A, Guerra Tapia A, Torregrosa JV. Tratamiento y prevención del herpes zoster. Med Clin (Barc). 2005;125 (6): 215-20
3. Neira F, Ortega JL.La neuralgia posherpetica. Un problema sin resolver Rev Soc Esp Dolor, 5 (1998), pp. 128-43
4. Tratamiento del herpes zoster. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2003. Vol 27, número 3.

5. Anne L, Mounsey MD, Leah G, Matthew MD, David C, Slawson MD.H. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management.. Am Fam Physician, 1075 (2005), pp. 1080-82

Capítulo 300

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LESIONES DE RODILLA TRAS ATROPELLO. CASO CLÍNICO

EVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El aparato locomotor del ser humano está formado por el sistema osteoarticular (compuesto por huesos, articulaciones y ligamentos) y el muscular (músculos y tendones). Los miembros inferiores, además de soportar el peso del cuerpo, son los principales responsables de su desplazamiento, por lo que son candidatos preferentes a presentar todo tipo de lesiones y traumatismos.

La rodilla es una articulación bicondílea y troclear y su principal movimiento es la flexoextensión. Esta articulación está formada por las superficies articulares: cóndilos femorales, cóndilos tibiales y rótula.

Dentro de la articulación encontramos dos meniscos, éstos son dos fibrocartílagos localizados sobre la meseta tibial cartilaginosas que actúan como cojinetes, amortiguando el roce entre el fémur y la tibia. Reforzando la articulación también se encuentran el ligamento cruzado anterior y el ligamento cruzado posterior. El ligamento cruzado anterior tiene la función de limitar la movilidad de la tibia sobre el fémur cuando la articulación está extendida. Por otro lado, la función del ligamento cruzado posterior es limitar la hiperflexión de la rodilla y prevenir el desplazamiento del fémur sobre la tibia.

El riesgo de presentar lesiones traumáticas en las extremidades inferiores no es exclusivamente debido a las actividades deportivas, sino que éstas pueden producirse también por causas ajenas al ejercicio físico.

En el caso de atropellos de peatones adultos, las zonas del cuerpo que mayoritariamente resulta lesionada son las piernas seguidas de la cabeza. La mayoría de lesiones que se producen en los miembros inferiores de un peatón atropellado se deben al contacto de ésta contra el frontal del vehículo. El paragolpes y el borde del capó son los principales elementos contra los que impactan las extremidades inferiores, causando lesiones generalmente en tibia, peroné y/o fémur.
Como se ha visto, la mayoría de las lesiones traumáticas de las extremidades inferiores requieren una intervención facultativa para ser solucionadas definitivamente. Por lo general, se realiza una intervención llamada artroscopia y en ocasiones cirugía abierta.
Por ello, tras una intervención quirúrgica, el sujeto será derivado a rehabilitación para comenzar la recuperación del miembro afectado.

2 Objetivos

Describir el tratamiento fisioterápico aplicado en un sujeto con lesión de rodilla tras atropello a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 36 años que sufrió un atropello el 24 de septiembre de 2021, siendo intervenida quirúrgicamente el 2 de octubre. Se efectúa una artroscopia primero y posteriormente cirugía abierta con reducción de fractura-hundimiento de la meseta tibial externa y reducción y síntesis de la espina tibial con sutura pull-out. Durante esta operación también se le reconstruye el ligamento cruzado.
Tras la operación la paciente estuvo 15 días escayolada y un mes con una férula. El diagnóstico médico fue fractura-hundimiento de la meseta tibial externa, fractura-arrancamiento de espina tibial y rotura incompleta de menisco externo. Actualmente aparece con marcha con dos muletas sin mucha carga de la extremidad afectada. Se encuentra con una disminución de recorrido de flexión de rodilla e inestabilidad de esta, refiriendo por último dolor e imposibilidad de flexionar la rodilla.

En la valoración encontramos dos cicatrices, una en la cara anterior de la rodilla y otra en el tercio proximal de la tibia (región interna), y también mayor volumen en la rodilla derecha respecto a la izquierda. La rodilla derecha se encuentra con mayor temperatura y la piel menos elástica. El cuádriceps de este miembro se encuentra atrofiado, sobre todo el vasto interno.

En cuanto a la valoración articular encontramos limitación a la flexión (activa de 80 grados y pasiva de 90) así como limitación en los últimos grados de la extensión (activa de menos 10 grados y pasiva de menos 2).
El diagnóstico de fisioterapia planteado fue: dolor de rodilla derecha, inflamación de rodilla derecha, disminución del recorrido articular, pérdida del tono muscular de cuádriceps, dependiente en la marcha (ayudas técnicas), pérdida de estabilidad de la rodilla y pérdida de la calidad de las actividades de la vida diaria.
La paciente al presentarse en la consulta ya se encuentra en los objetivos de entre corto-medio plazo por lo que el plan de tratamiento a seguir será:
- Movilización de rótula para mejorar la movilización y que así nos permita realizar bien la flexo-extensión de rodilla.
- Masaje de cicatriz para darle elasticidad y eliminar si hay adherencias.
- Potenciación muscular mediante:
 Isométricos de cuádriceps: paciente en supino, metemos la mano debajo del hueco poplíteo y se le pide que apriete contra nuestra mano
 Irradiaciones de la musculatura de la pierna. Trabajaremos cinesiterapia resistida de los músculos tibial anterior, gemelos, tibial posterior y peroneos.
 Estabilización rítmica: el paciente en decúbito supino con cadera en flexión y la rodilla a distintos grados la vamos poniendo. Le decimos que aguante una posición y que no nos deje quitársela, mientras se le va desestabilizando la posición con nuestras propias manos empujándole hacia los lados o arriba y abajo
 Cinesiterapia resistida mediante ejercicios concéntricos y excéntricos de cuádriceps. Sentando al paciente en el borde de la camilla con las piernas por fuera. Con la rodilla y cadera en flexión se le pide que vaya extendiendo la rodilla y mientras se le opone una resistencia, y se haría igual pero al contrario, se le pone la pierna en extensión y él debe llevarla a flexión mientras se le pone una resistencia. También se le pide que mantenga la posición en extensión y nos deje ir ganando poco a poco la flexión y al contrario, con la pierna manteniéndola en flexión nos debe ir dejando ganar recorrido hacia la extensión pero él se opone un poco.
 Kabat: se le realizan estas maniobras para el fortalecimiento de toda la musculatura del miembro inferior. Sobre todo trabajaremos más el vasto interno
 Excitomotoras: las utilizaremos para el fortalecimiento del cuádriceps. Se pondrá para fibras rápidas (trabajar la fuerza). Se pondrán dos canales, una en el vasto interno y otra en el externo. El electrodo positivo se coloca más craneal (cerca del origen) y el negativo más caudal (cerca de la inserción) Frecuencia: 80 Hz, anchura de pulso: 100, intensidad: por encima del umbral excitomotor, tren: 1seg -4seg-1seg y tiempo: 20 minutos

- Para ganar recorrido articular llevaremos la rodilla hacia flexión en distintas posiciones como es en decúbito prono o bien en sedestación con las piernas colgando. En sedestación forzaremos la flexión de la rodilla mediante nuestras propias piernas mientras que en prono lo haremos con nuestras manos. Se hará tres veces, forzando la flexión hasta que el paciente refiera mucho dolor. Para poder ganar mayor recorrido le pedimos al paciente que inspire y al espirar ganamos más recorrido o bien le pedimos que nos empuje hacia nosotros y al relajar ganamos mayor recorrido.
- Masaje de relajación en cuádriceps, isquiotibiales y gemelos
- Estiramientos de isquios, gemelos y cuádriceps (para elongar estos músculos, relajarlos y no permitir su retracción)

Frío durante 5 minutos para crear el efecto de la crioterapia y bajar la posible inflamación.

Una vez se hayan cumplido los objetivos de esta etapa pasaremos a la etapa final.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión podría decir que el tratamiento de fisioterapia es indispensable en el tratamiento de cualquier patología de rodilla. Comenzar con una rehabilitación temprana después de la cirugía es beneficioso para el sujeto, ya que no permitimos que la masa muscular se pierda tras la inmovilización, así como también podemos disminuir el dolor desde un inicio.

A parte del tratamiento de fisioterapia que se realiza con el fisioterapeuta, el paciente debe realizar ejercicios también en casa que le permitan recuperar su forma basal. Por ello, se le debe enseñar al paciente una tabla de ejercicios para que la recuperación la realice también de forma activa.

5 Bibliografía

1. Dra. Ledia H. Górgora García; Dra. Cruz M. Gonzalez García; Dra. Isabel Gonzalez Fuentes; Dra. Nayra Puyals Victoria. Articulación de la rodilla y su mecánica articular.

2. Arnheim DD. Medicina Deportiva. Fisioterapia y entrenamiento atlético. Patología deportiva. Segunda Edición. Madrid. Mosby/Doyma Libros. 1994; p. 313-60.

3. Colectivo de Autores (2006). Ejercicios Físicos y Rehabilitación Tomo I ISCF "Manuel Fajardo" Centro de Actividad Física y salud. Editorial Deportes. La Habana. Cuba

4. Lucendo Marañés, L.; Muñoz Casabella, A.; Navarro Navarro, R.; Ruiz Caballero, J.A.; Brito Ojeda, Mª E. Lesiones de la rodilla. CANARIAS MÉDICA Y QUIRÚRGICA Septiembre - Diciembre 2012; p. 44-53.
5. Antonieta Garrote, Ramón Bonet. Lesiones traumáticas de extremidades inferiores. Elsevier. Julio 2003; 22(7):52–58

Capítulo 301

FISIOTERAPIA EN EL MIELOMENINGOCELE

SUSANA PUENTE CANALEJAS

PEDRO REDONDO RODENAS

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SILVIA GUILLAMÓN TORNERO

MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO

1 Introducción

La espina bífida es el nombre que se le asigna a un grupo de malformaciones adquiridas en el periodo embrionario que afectan al desarrollo de la columna vertebral, de la médula espinal y de sus raíces nerviosas. Se caracteriza por la falta de fusión de los arcos vertebrales, con protusión o sin ella, y displasia de la médula espinal y/o de sus membranas.
Hay dos tipos:
1. Espina bífida oculta: es un defecto vertebral debido a que la vértebra nunca se cierra, pero sin ser visibles meninges o el tejido neuronal.
Suele afectar con mayor frecuencia a L5 y S1. Es un tipo de defecto poco llamativo y más leve, por ello pasa muchas veces desapercibidas.
Su incidencia es menor que la del mielomeningocele, estando presente en un porcentaje de la población entre el 20-30% aproximadamente.

2. Espina bífida abierta: es un defecto óseo unido a la exposición de la meninges o tejido neuronal.
- Mielosquisis; fisura de la médula espinal originado antes de comenzar el desarrollo, es decir, sobre la 28ª semana de gestación. Es de grado severo.
- Mielomeningocele; con hernia de la médula espinal y sus meninges. Tiene un origen posterior a las 28º, semanas de gestación y se representa con mayor frecuencia en la región lumbosacra.
- Meningocele; falta de fusión de los arcos con saco meníngeo visible, lleno de líquido cefalorraquídeo y cubierta del todo o parte de esta con pelo y meninges. Su inicio es posterior a las 28º, semanas de gestación. De afectación leve.
- Hemimielomeningocele; la médula se encuentra como un libro abierto, una parte tiene características del mielomeningocele y la otra va por un canal distinto. Se posee un déficit neurológico unilateral.
- Siringomielomeningocele; consiste en la dilatación de la médula espinal, con mayor frecuencia aparece localizado a nivel cervical. Tiene características semejantes al meningocele.

2 Objetivos

- Definir que es el mielomeningocele (Espina Bífida) por parte del equipo de fisioterapia.
- Conocer y explicar su epidemiología, diagnóstico y prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
En este punto quiero mencionar a las Asociaciones que me han facilitado información a través de revistas propias o Internet.

4 Resultados

El mielomeningocele es un defecto congénito de los arcos vertebrales con dilatación quística de las meninges y diversas anomalías de la médula espinal.

Cuando se forma inicialmente la espina dorsal en el embrión, se encuentra abierta, pero normalmente se cierra antes del día 29 después de la concepción.
En la espina bífida, la espina dorsal nunca se cierra completamente.
La palabra mielomeningocele viene de las raíces:
- Mielo, médula espinal.
- Meningo, cubiertas (membranas).
- Cele, los nervios que están en la bolsa.

Significa una cavidad que recoge a la médula espinal y las meninges.
La recuperación es de larga evolución con vistas a obtener los mejores resultados funcionales posibles, con el fin de una máxima inserción socioprofesional posterior.
En lo concerniente a los niños, esta debe guardar un aspecto atrayente, lúdico, aunque debe hacerse con tenacidad y ser repetitiva.
Se incide en la necesidad de estimular a estos niños, de guardarlos de la sobre protección, de ayudarlos demasiado. La cooperación con la familia, la sobre protección y el rechazo. Es importante informar a la familia y hacerle tomar un papel activo en la rehabilitación del niño.
La educación motriz debe comenzar a partir del nacimiento, mientras que los problemas que ponen en juego el pronóstico vital son resueltos paralelamente.
Si no se realiza tratamiento, la hidrocefalia puede conducir al retraso mental y a otros muchos daños neurológicos. Los pacientes con mielomeningocele desarrollan hidrocefalia asociada a una malformación de Arnold Chiari tipo II. Pero cuando más baja sea la lesión neurológica, menos frecuente va a ser la hidrocefalia.
Para detectar una posible disminución de la capacidad intelectual se mide el parénquima cerebral y la circunferencia occipitofrontal, ya que los niños que tienen un reducido tamaño del cerebro tendrán bajo intelecto.
Por todo ello, la rehabilitación debe ser fruto de la cooperación del niño, de la familia y de todos los participantes del equipo multidisciplinar.
La dieta de la madre puede influir sobre la espina bífida, especialmente en el consumo de Ácido fólico de vitamina B. Por tanto, se recomienda a las mujeres en edad de procrear que consuman 400 microgramos de dicho ácido al día, ya que se ha demostrado que de este modo se puede disminuir el riesgo de defecto del tubo neuronal en el recién nacido.
En lo referente a las alteraciones ortopédicas deben tratarse para obtener una alineación de las articulaciones de una forma correcta para que el niño pueda realizar la marcha.
Epidemiología:

La prevalencia en España de recién nacidos con defecto del tubo neuronal es de 8 por cada 1.000 niños, pero un gran número de fetos afectados por este defecto son abortados espontáneamente, observándose las cifras de incidencia superior a las del momento del nacimiento.
Estas diferencias pueden estar influenciados por el diagnóstico prenatal y la posibilidad de interrupción del embarazo, en la cual los defectos del tubo neuronal son más frecuentes que en los partos con niños vivos y más graves las malformaciones.
Los agentes predisponentes de estas malformaciones son:
1. Genéticas: el mielomeningocele no es hereditario en el sentido que se transmita como tal, aunque existe una gran cantidad de defectos del tubo neuronal transmitidos de forma mendeliana. Sin embargo, si se puede decir que hay una influencia genética. En aquellos niños con trisomía 18 y otras anomalías de los cromosomas.
2. Ambientales: el defecto del tubo neuronal es debido a una interacción de un agente desconocido, pero que es ambiental y posee factores genéticos.
Diagnóstico:
A menudo es posible detectar la espina bífida utilizando una serie de pruebas.
Entre ellas se realiza un análisis llamado Análisis de Alfafetoproteínas (AFP), prueba que permite una detección prenatal de la espina bífida y de otros NTD mayor de lo normal.
Si la AFP se encuentra muy elevada, se somete a la mujer embarazada a otros dos análisis precisos para detectar dicha malformación y otros defectos del desarrollo.
Estos análisis son una examinación muy precisa de la columna vertebral del feto por medio de un ultrasonido y la amniocentesis, que no se puede ser realizad en cualquier momento del embarazo, ya que es preciso tener cierta cantidad del líquido amniótico para poder realizarse, es decir, entre la decimoquinta y decimoctava semana de gestación.
Prevención:
La prevención de los defectos las podríamos clasificar en:
1. Prevención primaria: a través de educación sanitaria que incluye hábitos saludables y mediante controles en la mujer diabética, vacunación y evitando ciertos fármacos.
2. Prevención secundaria: supone disminuir el impacto que se ha producido sobre el individuo, familia y sociedad al tener un defecto congénito. Se comienza lo más precoz posible.
Alteraciones asociadas:
- Hidrocefalia:

Una gran cantidad de niños con mielomeningocele desarrollan un defecto asociado conocido como hidrocefalia. En la bibliografía consultada oscila entre un 50-80 % según autores.
La hidrocefalia consiste en la acumulación de líquido cefalorraquídeo en el interior de la cabeza (ventrículos), lo que provoca un crecimiento excesivo de la misma, hipertensión craneal, prominencia anormal de la frente, ojos en puesta de sol, rechazo de alimentos y vómitos.
La hidrocefalia habitualmente desarrolla en forma secundaria a la malformación de Arnold-Chiari (desplazamiento caudal del tallo encefálico por un atrancamiento del bulbo raquídeo situado en el lugar donde se une el cerebro y la médula espinal. Teniendo dificultad para respirar y deglutir).
Hay niños con hidrocefalia y que además se le asocia una alteración del desarrollo intelectual.
- Alteraciones ortopédicas:
Desviación de la columna, luxación paralítica de la cadera, deformidad de la rodilla y malformaciones de los pies.
- Alteraciones de la función urológica e intestinal:
1. Urinarias; debida a la debilidad de los esfínteres, provocando la aparición de la incontinencia.
2. Intestino; puede verse alterado el mecanismo intestinal, basado en el control de evacuación y continencia de heces.
Tratamiento fisioterápico:
Se realizará siguiendo la secuencia normal de desarrollo motor y va dirigido a:
1. Control cefálico:
El niño con mielomeningocele puede presentar un retraso en este control. Por tanto, se realizan actividades que lo faciliten, como colocar al niño en supino sobre las rodillas de la madre para facilitar el control cefálico en extensión. También en prono para estimular la elevación de la cabeza, mostrándole objetos llamativos.
2. Control escapular:
Dirigido a facilitar la acción de los músculos que estabilizan y movilizan la escápula mediante apoyo sobre el miembro superior, traslados de peso de un lado a otro y de delante-atrás, apoyo sobre un brazo mientras extiende otro.
3. Control de tronco:
Un control de tronco adecuado proporciona la base para la función en posiciones estables y móviles. Actividades que faciliten la acción combinada de abdominales y extensores de tronco.
4. Volteos:

Debe facilitarse el paso de supino a prono y de prono a supino.
5. Verticalización:
Puede ser necesario el uso de férulas posteriores. Los efectos beneficiosos de la verticalización incluyen luchar contra la osteoporosis y el desarrollo psíquico intelectual del niño.
6. Marcha:
La fuerza del cuádriceps es fundamental para el pronóstico de la marcha. En lesiones torácicas y lumbares altas puede realizarse con grandes aparatos de marcha. En aquellos casos que no sea posible se les enseña el uso óptimo de la silla de ruedas y transferencias.
7. Tratamiento de las alteraciones esfínteres:
El objetivo es la obtención de la continencia a partir de los seis años y mantener una buena función renal.

5 Discusión-Conclusión

El término mielomeningocele se utiliza para describir un fallo de fusión de los arcos vertebrales posteriores con protusión quística de la médula espinal y las meninges. Como alteración que produce defectos en el tubo neuronal va frecuentemente asociada a la hidrocefalia.
Representa unos de los tipos más graves de la espina bífida.
Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo, pero en el mayor de los casos es en la región lumbosacra. De dicha localización depende el grado de extensión y afectación neurológica.
La causa en sí del mielomeningocele se desconoce, pero existe un factor predisponente que es el genético. Los factores ambientales, nutricionales y ciertos fármacos son muy importantes en su etiología.
Los factores ambientales juegan un papel importante en la etiología del mielomeningocele. Entre ellos destacan: fármacos, causas maternas (Diabetes Mellitus, edad avanzada) y otros (alcohol).
El análisis epidemiológico va encaminado no solo a conocer las cifras de frecuencia en cada población, sino a intentar entender las características del defecto en estudio.
Por tanto, el objetivo de la consulta periconcepcional es la promoción de la salud, evaluación de riesgos reproductivos y enfermedades detectadas.

6 Bibliografía

1. Chester A, Swinyard M.D, Ph D. El niño con Espina Bífida. Madrid: F.E.A.E.B.H; 1.984.
2. Miguélez C, Gallo M. Tratado de la Espina Bífida. Ed. 1º. Madrid: Amolca; 2.015.
3. Casas C, Rodríguez T.Espina Bífida: manifestaciones neurológicas y vigilancia evolutiva. AMUPHEB. La Espina Bífida. Esa desconocida. Murcia: Pictografía; 1.998; 39-45.
4. Hernández F.J. Epidemiología, diagnóstico y prevención de los defectos del tubo neural. Murcia: Pictografía; 1.994; 11-14.
5. Carreran E, Moroto A, Arévalo S, Rodó C, Galo C. Tratamiento prenatal del mielomeningocele; 2.012; 148-153.
6. Stephen J, Falchek MD. Hospital for children; Diciembre 2,018. Disponible en http:// mdsmanuals.com/es-es/profesional/pediatría/anomalías congénitas-delsistem-nervioso/espina-bífida.
7. Richard E, Behrman M.D. Tratado de pediatría. Madrid: Interamericana; 1.997.

Capítulo 302

FISIOTERAPIA EN LA ESPONDILOARTROSIS

SUSANA PUENTE CANALEJAS

PEDRO REDONDO RODENAS

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SILVIA GUILLAMÓN TORNERO

MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO

1 Introducción

La espondiloartrosis o artrosis de la columna vertebral es una enfermedad degenerativa de los cartílagos de las articulaciones no inflamatoria que puede afectar a la columna de forma generalizada o de modo segmentario denominándose en todo caso con el nombre de la zona comprometida, es decir, artrosis cervical, dorsal o lumbar.
Puede ser asintomática y ser diagnosticada en una revisión rutinaria a través de una radiografía.
El deterioro discal: el disco intervertebral a partir de los 50 años en la mayoría de las personas tienen signos radiológicos de degeneración discal. Normalmente, esto no suele acarrear dolor en la mayoría de los casos.
El disco consta de un núcleo pulposo y un anillo fibroso que se van deshidratando con el paso de los años, van perdiendo su contenido en agua y su capacidad elástica.

Estos cambios tanto en el núcleo como en el anillo disminuye su capacidad de absorción y redistribución de las fuerzas y así mismo disminuye la resistencia y la elasticidad del anillo, que terminará en muchos casos sufriendo roturas y deformaciones.
A nivel óseo se formarán esclerosis subcondral y osteofitos (característicos de la artrosis). Los osteofitos es un crecimiento anormal de hueso o protuberancias óseas en las superficies articulares. No es una enfermedad, es un signo de la artrosis.
La mayoría de las veces se localiza en el borde anterior de las plataformas, con su clásica forma en pico de loro. Los osteofitos posteriores son menos frecuentes.

2 Objetivos

Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Síntomas: dolor vertebral rigidez pérdida de elasticidad y entumecimiento hormigueos.

3 Caso clínico

Hemos llevado a cabo el tratamiento de 1 paciente diagnosticado de espondiloartrosis. Varón de 65 años sin antecedentes conocidos. Diagnosticado en el último mes por su traumatólogo de espondiloartrosis. El paciente manifestaba síntomas: rigidez, dolor vertebral y perdida de elasticidad.
El tratamiento de fisioterapia constó de 15 sesiones durante un mes que más adelante vamos a detallar. Siempre llevada a cabo por el mismo fisioterapeuta. La sesión tenía una duración de unos 60 minutos aproximadamente.
En el comienzo utilizábamos termoterapia superficial con aparato de infrarrojos durante 15 minutos, acompañado con un aparato de TENS (que forma parte de la electroterapia de baja frecuencia cuyo objetivo es la disminución de dolor).
Infrarrojos: es un aparato que consta de una bombilla que emite radiación infrarroja, transformando la energía eléctrica en térmica, provocando beneficios como relajación de los tejidos y aumento de la temperatura previo a la movilización.
Las indicaciones de la luz infrarroja son: alivio del dolor, aumento de la movilidad en las articulaciones, relajamiento muscular, favorecer la cicatrización de la piel y los músculos.
Los siguientes 15 minutos se pautan 6 estiramientos adaptados a la fisionomía del paciente. Se harán dos series de los mismos con una duración de 15 segundos en cada estiramiento, se les acompaña en todo momento en la realización para

asegurar una buena ejecución del estiramiento. Los estiramientos son globales que implican toda la columna vertebral.
La última media hora de sesión realizamos terapia manual adaptada a las necesidades del paciente.
Entre las técnicas más usadas tenemos la masoterapia en toda la columna vertebral. El masaje terapéutico consta de los siguientes pasos: roce fricción percusión compresión amasamiento vibración.
También usamos la técnica de punción seca en zona de la musculatura glútea y piramidal. Técnicas fasciales para terminar el tratamiento y conseguir así una óptima relajación de los tejidos.

4 Discusión-Conclusión

Concluimos con la gran importancia que hay que darle a este tipo de dolencias, como la espondiloartropatía, que es cada vez más común y ocurre principalmente en personas mayores de 60 años de edad. pero también puede ocurrir en pacientes Young, pérdida de agua en el núcleo pulposo del disco intervertebral porque los cambios degenerativos comienzan alrededor de la tercera década de la vida.
Incluso si la espondiloartropatía se ha generalizado a la columna Vértebras.
En el caso de la zona lumbar, se manifiesta por la presencia de dolor, en algunos casos por radiculopatía, que se asocia con mayor frecuencia con el canal espinal lumbar estrecho.

5 Bibliografía

1. Downie, P.A. Cashs. Kinesiologia en Ortopedia y Reumatología. Panamericana. Buenos Aires,1987.
2. Lapierre, A. La reeducación física. Tomo 2. Dossat 2000, Madrid 1996.
3. Rothman/Simeone. La columna vertebral. Ed Panamericana. 2ª Edición.1989

Capítulo 303

FISIOTERAPIA Y SU IMPORTANCIA EN LOS ESGUINCES DE TOBILLO

SUSANA PUENTE CANALEJAS

PEDRO REDONDO RODENAS

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SILVIA GUILLAMÓN TORNERO

MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO

1 Introducción

Los esguinces de tobillo constituyen una de las lesiones más habituales en la población, especialmente en deportistas, existe un pico de incidencia entre 15 y 35 años.

Los esguinces de tobillo se producen normalmente al girar o torcer el pie en un posición extraña, por un mecanismo de inversión-aducción con flexión plantar del pie, lo que ocasiona que se estiren o se puedan desgarrar las bandas resistentes de tejido (ligamentos) que ayudan a mantener los huesos del tobillo unidos.

Los ligamentos ayudan a estabilizar las articulaciones evitando el movimiento excesivo. El esguince de tobillo se produce cuando se fuerzan los ligamentos más allá de su amplitud normal de movimiento. La mayoría de los esguinces de tobillo suponen lesiones a los ligamentos en el lado externo del tobillo. El ligamento que más frecuentemente se ve afectado es el ligamento peroneo astragalino anterior

(LPAA). También se puede lesionar el ligamento deltoideo en la cara medial y es frecuente que el ligamento de la sindesmosis anterior se halle afectado asociado a la lesión del LPAA.
Existen varios tipos de clasificaciones.
Clasificación histológica:
- Grado 1: distensión del ligamento sin rotura.
- Grado 2: rotura parcial del ligamento con dolor e inflamación moderados.
- Grado 3: rotura completa con importante impotencia funcional.

Clasificación clínica orientativa:
- Grado 1: paciente puede apoyar el pie y puede caminar.
- Grado 2: puede apoyar el pie parado pero no caminar.
- Grado 3: no puede apoyar el pie.

La fisiopatología del esguince de tobillo consiste en:
1. Fase inflamatoria: hasta 10 días.
2. Fase proliferación: de a 4-8 semanas.
3. Fase remodelación: hasta 1 año.

En cuanto a la clínica se puede encontrar: dolor (sobre todo al apoyo), edema, amplitud de movimiento limitada, inestabilidad y sonido o sensación de chasquido en el momento de la lesión.
Maniobras exploratorias:
- Prueba de estrés.
- Cajón anterior.
- Talar tilt.
- Text Hopkins.
- Text de rotación externa.

Las radiografías (Rx) y las resonancias magnéticas (RM) pueden ayudar al diagnóstico y descartar lesiones óseas y osteocondrales.

2 Objetivos

Objetivos principales:
- Conocer los diferentes tratamientos según el grado de lesión.

Objetivo secundario:
- Conocer los diferentes tipos de tratamiento llevados a cabo desde la fisioterapia.
- Proporcionar información acerca de la lesión.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática utilizando revistas, libros especializados, y las bases de datos Pubmed, Scielo, Pedro, Medline y Google Scholar.
Se emplearon como descriptores: esguince de tobillo, fisioterapia, tratamiento, clasificación.
Se utilizaron como criterios de inclusión textos en castellano o inglés, y como criterios de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre o fuesen irrelevantes para el tema tratado.

4 Resultados

El tratamiento de fisioterapia va a ser distinto en función del grado de la lesión.
Grados I y II:
- RICE (reposo/hielo/compresivo/elevación) las primeras 72 horas.
- Posteriormente, se realizará un vendaje funcional u ortesis.
- Fisioterapia y ejercicios de propiocepción.

Grados III:
- Valorar inmovilización rígida con yeso durante 1-2 semana.
- Fisioterapia.
- En el caso de una lesión total (sindesmosis anterior con diástasis radiológica) se optaría puede optar por un tratamiento quirúrgico.

El tratamiento que se puede realizar en fisioterapia, siempre valorando el grado de lesión ante el que nos encontremos, puede estar constituido por:
- Movilizaciones suaves.
- Masaje circulatorio del edema.
- Masaje de Cyriax del ligamento lesionado (una vez que la cicatriz este consolidada). Para reordenar las fibras de colágeno y evitar adherencias, además provoca una hiperemia local reduciendo el dolor.
- Manipulaciones óseas y decoaptación (en caso de encontrar falta de movilidad).
- Electroterapia , mediante ultrasonidos, Tens e Infrarrojos, para ayudar a la sobrecarga muscular y alivio del dolor.
- Trabajo de la musculatura periférica del tobillo (sobre todo peroneos), mediante ejercicios isométricos, isotónicos, concéntricos y excéntricos, para restaurar la fuerza y ganar estabilidad.
- Estiramientos del tríceps sural.
- Trabajo de propiocepción, mediante distintos tipos de ejercicio con diferentes apoyos, caminar sobre un superficie inestable, subir y bajar escaleras/cuestas,

propiciar desequilibrios y ejercicios con pelota.
No tratar adecuadamente un esguince de tobillo, realizar actividades demasiado pronto o sufrir esguinces de tobillo reiterados puede traer consigo las siguientes complicaciones:
- Dolor crónico.
- Inestabilidad crónica.
- Cuadros de impingement.

Por último, algunas formas de tratar de prevenir o evitar esta lesión son:
- Realizar precalentamientos.
- Utiliza un dispositivo de inmovilización, o cinta en el tobillo debilitado o previamente lesionado.
- Usa calzado adecuado.
- Minimiza el uso de zapatos de taco alto.
- Mantener una buena fuerza y flexibilidad muscular.
- Practicar entrenamiento de estabilidad, incluso ejercicios de equilibrio.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante hacer un buen diagnóstico diferencial con patologías como el
Síndrome del Seno del Tarso, el síndrome de pinzamiento de partes blandas/óseas en la cámara anterior o posterior del tobillo, lesiones osteocondrales de la cúpula astragalina, lesiones de los tendones peroneos, o que exista algún tipo de fractura oculta, como la fractura de la base de 5º metatarsiano o de la apófisis lateral del astrágalo.
Según la información analizada, la fisioterapia juega un papel muy importante tanto en la recuperación de estas lesiones como en evitar futuras complicaciones, y da mejores resultados que la cirugía, cuyo uso está muy discutido en este tipo de patología.

6 Bibliografía

1. Ortega-Ávila AB, Cervera-Garvi P, Marchena-Rodríguez A, Chicharro-Luna E, Nester CJ, Starbuck C, et al. Conservative Treatment for Acute Ankle Sprain: A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine. octubre de 2020;9(10):3128.
2. Herzog MM, Kerr ZY, Marshall SW, Wikstrom EA. Epidemiology of Ankle Sprains and Chronic Ankle Instability. J Athl Train. junio de 2019;54(6):603-10.

Capítulo 304

LA FISIOTERAPIA Y SU TRABAJO EN LOS BEBES QUE PADECEN PROBLEMAS DE COLICOS

INMACULADA JIMÉNEZ MORENO

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ

JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ

1 Introducción

El cólico neonatal es una condición caracterizada por un llanto prolongado, a veces inconsolable, que ocurre alrededor de dos o tres semanas después del nacimiento del bebé y puede persistir hasta por tres o cuatro meses. . Por lo general, se vuelve más notorio por la noche y puede durar varias horas. Esta es una condición que generalmente no es grave y generalmente desaparece por sí sola. Los expertos dicen que tres de cada diez bebés suelen verse afectados. Para ser considerado cólico infantil, deben estar presentes al menos 3 características principales y 1 de las siguientes (criterios de Wessel):
Principal:
- Llorar con principio y final claro, sin consuelo, por 3 o más horas al día, más de

3 días a la semana - Las piernas se cruzan sobre el estómago y se cierran en puños. Los niños son irritables e irritables. - Llorar por la noche. Escuela intermedia:
- El bebé está sano. - No responde a la sedación. Su rostro mostraba dolor. - Síntomas digestivos: gases, aumento del estreñimiento, vómitos continuos. - Otros: presencia de estrés en el progenitor, cambios en los ritmos de sueño y alteración del ritmo alimentario. Se desconoce la etiología de los cólicos en los lactantes. Hay expertos que se han apuntado a la alimentación, aunque no existe evidencia científica al respecto. Algunos expertos creen que el origen de los cólicos está relacionado con una intolerancia a la leche de vaca, pero los cólicos se dan en los bebés amamantados. Existe la teoría de que los cólicos son causados por los gases, pero no se sabe si es la causa o el efecto de que el bebé trague aire al llorar. Algunos expertos señalan que si la comida pasa por el sistema digestivo de un niño muy rápido y se digiere mal, puede desencadenar esta condición. Los hijos de madres tienen más hábitos ardientes. Ventajas del tratamiento con fisioterapia en las espinas de los niños:
- Lograr la capacidad de moverse bien y mejorar el tránsito intestinal. - Reducir la tensión de los músculos abdominales. - Reducir el reflujo ácido. - Favorece la excreción de heces y gases. Trate de eliminar la excitación nerviosa del niño como resultado del dolor.

2 Objetivos

- Exponer el tratamiento de fisioterapia en el cólico del lactante por parte de la fisioterapia
- Dar a conocer las técnicas y actuaciones más adecuadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. 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

Con la ayuda de la quiropráctica, establecemos un nuevo enfoque para el cólico infantil. A menudo, el estrés se acumula en el bebé alrededor de la línea de la clavícula y alrededor de la pelvis debido a un trabajo de parto difícil o una posición intrauterina interrumpida. Estas dos áreas son de gran importancia, ya que son la fuente de las terminaciones nerviosas que mantienen el funcionamiento del sistema digestivo. Hay un nervio vago en la región del cuello que regula el buen funcionamiento del tracto gastrointestinal superior desde la faringe hasta el estómago, y en el área visual tenemos nervios que controlan el trabajo del intestino delgado y el colon. Deben descartarse problemas como reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica, alergias alimentarias y obstrucción intestinal. La historia nos dará la información para comenzar la investigación. No debe pasarse por alto el examen de la articulación occipital, la distensión de los músculos pélvicos, la cadera y la articulación torácico-lumbar. Realizaremos pruebas de movimiento y palpación para detectar limitaciones en el movimiento o cambios en la calidad de los tejidos: temperatura, transpiración, estrés, aplastamiento, etc. Consideraremos la forma del abdomen y su apariencia para clasificar en pánico, espástico o mixto. Esta clasificación nos permitirá elegir qué abdominales manuales son recomendables y no y su intensidad. Para las técnicas, ya que son muy pequeñas, se recomiendan técnicas que mejoren el equilibrio del tono del ligamento y el tono de la membrana. Estos métodos de corrección son directos. Estos movimientos se realizan para liberar la tensión existente en el cuello y la pelvis para mejorar el control nervioso sobre el sistema digestivo, ayudar al bebé a relajarse y descansar. También realizamos un masaje suave en y alrededor de los contornos de la lengua, el paladar y la mandíbula para garantizar la succión más eficaz, así como en la parte delantera del cuello para facilitar la deglución. Por último, relajaremos toda la zona del diafragma para facilitar la respiración, que muchas veces es muy agotadora por el llanto prolongado, y flexibilizaremos todo el aparato digestivo para mejorar la capacidad de su motilidad y con ello la salida de gases y heces. . . Material. Las conversaciones a menudo causan discordia e incomodidad para los padres. Es muy importante que los padres acepten la situación y tomen las siguientes medidas para mejorar la situación:

- Sostenga al bebé en sus brazos y sacúdalo suavemente. Caminar en silla de ruedas también ayuda a aliviar los síntomas. - Dale un chupete. Acaricia suavemente el vientre del bebé. Enseñar a los padres cómo masajear el abdomen de los niños. Con base en los resultados obtenidos en múltiples grupos de estudio de bebés, no hay evidencia científica convincente de que la fisioterapia altere la

fisioterapia infantil, pero está claro que:
Los principales resultados que se tienen en cuenta son:
- Cambiar el tiempo de llanto según la hora del día. - Con/sin dolor abdominal después del tratamiento. - Consecuencias adversas de la intervención. La evaluación de los cambios en la duración del sueño se utilizó como tarea secundaria. Como resultado, hacemos un seguimiento de los resultados en la mayoría de los casos desde la primera sesión. Gracias al trabajo de todas las partes del cuerpo, el niño pequeño recibe un tratamiento completo, mejora todas las funciones corporales y tiene un efecto positivo en la digestión y el sueño. Por lo general, después de 2 o 3 sesiones de fisioterapia, los niños suelen recuperarse. Es muy importante que los padres sigan las instrucciones y ejercicios recomendados por el fisioterapeuta después de la fisioterapia para los cólicos en los niños. Cuatro meses. Crecen y se desarrollan normalmente y no tienen efectos a largo plazo. Ayudar a los niños a aliviar los cólicos es una cuestión de experiencia, tranquiliza a los padres, fortalece la paciencia de los niños, establece o rechaza el tratamiento y, sobre todo, da. Con el tiempo, esta condición también pasa. Se deben realizar nuevos estudios controlados para abordar estas deficiencias. Tratamiento con cambios en la dieta:
- Hidrolizados de proteínas. - Receta de soja. - Enriquece tu dieta con fibra. - Dieta hipoalergénica para madres lactantes. - Otros trámites: técnicas de alimentación.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que podemos sacar y lo que queremos destacar es la importancia de una buena práctica y de un buen profesional para este tipo de dolencias, ya que los bebes son muy frágiles y una mala práctica puede llevar consecuencias muy graves y es que el cólico neonatal es uno de los principales problemas de confrontación entre un padre y un bebé sano de seis meses, que es la principal fuente de asesoramiento. No hay evidencia científica de que el masaje abdominal provoque cambios orgánicos en el tracto gastrointestinal, pero sí hay evidencia de cambios en el comportamiento de los bebés, disminución de la irritabilidad y aumento del tiempo de sueño.

6 Bibliografía

1. Ortega E, Barroso D. Cólico del lactante. Revista Pediátrica Atención Primaria [Internet]. 2013 [Acceso 31 de marzo del 2016.
2. Monteros-Rodríguez S, Rivera-Becerril RA, López-Ortiz R, Padilla-Jasso P,

Rivera-Rueda MA. Cólico Infantil: detección de necesidades de educación para el cuidado del recién nacido, a través de una encuesta dirigida a mujeres embarazadas. Perinatol Reprod Hum. [Internet].2013 [Acceso 31 de marzo del 2016.
3. Savino F, Ceratto S, De Marco A, Cordero L. Looking for new treatments of Infantile Colic. Italian Journal of Pediatric. 2016.
4. Dobson D, Lucassen P, Miller J, Vlieger A, Prescott P, Lewith G. Terapias de masajes para el cólico infantil. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.
5. Field T. Massage Therapy research review. Complement Ther Clin Pract. [Internet] 2014 Nov. [Acceso 26 de junio del 2016.

Capítulo 305

FISIOTERAPIA ANTE EL DOLOR LUMBAR POR ENFERMEDAD

INMACULADA JIMÉNEZ MORENO

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ

JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ

1 Introducción

La enfermedad de Forestier o hiperostosis esquelética idiopática diseminada difusa, es un endurecimiento óseo de los ligamentos en la zona en la que estos se unen a la columna vertebral. Se ve una calcificación-osificación del ligamento longitudinal común anterior en al menos tres vértebras contiguas. No suele aplicarse cirugía en ella, a no ser que haya complicaciones como fracturas, disfagias importantes o mielopatías.

Fue descrita por Forestier y Rotes-Querol en 1950, hablando de la enfermedad hiperostosis del aparato locomotor, como una hiperostosis anquilosante senil de la columna al identificar un conjunto de trastornos clínicos y radiológicos en varones en la sexta y séptima década de la vida. También puede afectar a otras zonas del cuerpo, y no solo a la columna. Su localización más habitual es la cervical y dorsal, aunque también en la zona lumbar.

Puede no provocar síntomas, ya que cursa de forma benigna y con pocas complicaciones. Si presenta, algunos de ellos son:
- Rigidez articular.
- Dolor.
- Disminución en la amplitud de movimientos.
- Otros (si la afectación es cervical y avanzada): disfagia o voz ronca.

Su etiología es aún desconocida, pero hay algunos factores de riesgo:
- Edad: siendo más común en adultos con más de 50 años.
- Sexo: afecta más a los hombres.
- Enfermedades como diabetes, obesidad, artritis reumatoide, gota.
- El consumo de ciertos medicamentos.

Cuando nos encontramos ante lesiones crónicas y progresivas, tenemos que tener paciencia y seguridad en que la patología puede mejorar y no incapacitar a la persona. Las afectaciones de la columna vertebral son muy comunes, y su incidencia aumenta cada año, sobre todo en personas jóvenes, por ello es tan importante la prevención y una forma de vida lo más saludable posible.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Disminuir o eliminar el dolor.

Objetivos secundarios:
- Recuperar la movilidad de la espalda.
- Conocer los estiramientos y relajación de músculos, tendones y ligamentos.
- Chequear articulaciones o estructuras asociadas.
- Incentivar al paciente en todo momento.

3 Caso clínico

Varón de 64 años, jubilado de la mina con antecedentes de tensión alta controlada, y sobrepeso. Acude a nuestra consulta por dolor en la zona dorso-lumbar, aunque más agravado en la zona lumbar. Ya ha presentado más cuadros de dolor en dicha zona, aunque en esta ocasión está siendo más molesto en el tiempo y le está limitando más su vida diaria. Comenta que a veces presenta dolores en otras articulaciones, como la rodilla o pies, pero de duración limitada.

Cuando le preguntamos por su dolor, nos cuenta que es casi constante, pero cuando más lo nota es en los cambios posturales, sobre todo de sedestación a bipedestación tras un rato en la misma postura y que en ciertos momentos le

dan unos pinchazos bastante fuertes. Es un hombre activo, al que le gusta hacer muchas cosas en casa y fuera de ella, pero que ahora mismo se encuentra muy desanimado y sedentario, con poca motivación.
Cuando exploramos su espalda, observadas rigideces en todo el raquis al hacer empujes anteriores en todas las articulaciones, desde la lumbar a la cervical, pero sobre todo en la zona dorsal y lumbar. Curvaturas disminuidas. Lasègue negativo, pero pérdida de amplitud de movilidad en todas las direcciones. Espasmos musculares bilaterales en los paravertebrales, cuadrados lumbares, zona glútea y piramidal. No parestesias. Le pedimos cambios posturales, y observamos miedo a la hora de realizarlos, por ejemplo a la hora de sentarse y levantarse, lo hace de forma lenta y en bloque. Caminar o estar de pie le resulta molesto solo a veces, pero no presenta especial dificultad en la marcha.
Tenemos claro que hay que recuperar la movilidad de esa espalda y tratar la musculatura y el dolor, pero antes le pedimos una placa para ver que encontramos, ya que nuestros hallazgos nos hacen pensar en artrosis, y en dolor lumbar crónico (más grave en esta ocasión), pero puede que exista algo más. Comenzamos nuestro tratamiento con una sesión semanal y en nuestra segunda cita, con la placa en mano, aparte de signos de artrosis con osteofitos, se observa otra patología: enfermedad de Forestier leve en los segmentos D9-D11 y L1-L5. Las sacroilíacas conservan su espacio articular. La zona cervical también presenta signos artrósicos.
Nuestras sesiones irán enfocadas a:
- Movilidad todo el raquis, para disminuir la rigidez y recuperar lo que se pueda la flexibilidad de las zonas.
- Estiramientos musculares y de los ligamentos.
- Trabajar la musculatura con terapia manual para reducir los espasmos musculares.
- Reeducación postural y medidas de higiene postural.
- Chequear otras articulaciones, como las rodillas, hombros y talones que también podrían verse afectados.
- Pautamos ejercicios para casa y caminar. Ejercicios de movilidad, fuerza y estiramientos.
- Comentamos y guiamos en la importancia de la buena alimentación.
- Beber mucha agua y abandonar bebidas con gas. Reducir las bebidas estimulantes.
- Importancia del descanso nocturno.
Tras varias sesiones, el paciente nota alivio con todo lo realizado por parte del fisioterapeuta, pero sigue teniendo cuadros de fuertes pinchazos y dolor en la zona

lumbar. Comentamos que qué tal lleva los ejercicios y pautas mandadas para casa y, vemos que aún sigue con desmotivación y pocas veces está haciendo lo acordado. Insistimos en la importancia del trabajo activo, de que sin su colaboración, nuestro trabajo en la camilla se queda cojo y poco a poco conseguimos que el paciente se tome en serio la rehabilitación activa. A medida que pasan las semanas, su colaboración, más nuestras técnicas, van dando sus frutos y el paciente cada vez se encuentra mejor, con menos dolor y sin episodios de "pinchazos fuertes". Está motivado y recuperando sus actividades de siempre.

4 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Forestier, es una patología poco común y es importante hacer un buen diagnóstico diferencial a fin de evitar tratamientos inadecuados. Estamos ante lesiones crónicas, pero que pueden ser tratadas con resultados satisfactorios y no impedir al paciente tener vida normal. Es tan importante el trabajo del fisioterapeuta en la consulta como el del paciente en su casa.
Tiene que haber un equilibrio entre trabajo pasivo, activo y de fuerza, alimentación, motivación y estilo de vida saludable. Aparte de reducir o eliminar los síntomas que el paciente tiene en ciertos momentos, tenemos que hacer prevención y evitar recidivas a largo plazo y eso solo se consigue reeducando al paciente y animándome en todo el proceso.

5 Bibliografía

1. Beyeler Ch, Schlapbach P, Gerber N, Sturzenegger J, Fahrer H, Linden V, et al: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) of the shoulder: a cause of shoulder pain? Br J Rheumatol. 1990; 29: 349-353.
2. Kiss C, Szilagyi M, Paksy A, Poor G: Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. Rheumatology. 2002; 41: 27-30.
3. Resnick D, Niwayama G: Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiophatic skeletal hyperostosis (DISH). Radiolog

Capítulo 306

FISIOTERAPIA ANTE LOS MAREOS QUE PADECEN LOS PACIENTES DE ORIGEN CERVICAL

INMACULADA JIMÉNEZ MORENO

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ

JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ

1 Introducción

En los tiempos que vivimos es muy común que nos encontremos con gran cantidad de pacientes que acuden a nuestra consulta particular, o a la de su médico de familia, por diversos problemas de salud. Uno de los más comunes, y que cada vez afecta a más personas, y en sectores más diversos, son los mareos inespecíficos que finalmente resultan tener un origen cervical. Las actividades laborales, las posturas que adoptamos durante las mismas, o en nuestro día a día, las nuevas tecnologías, unido al elevado nivel de estrés que cargamos en la mochila, son factores que pueden desencadenar, con el paso del tiempo, este tipo de patología altamente incapacitante en sus grados más graves.
Si además, unido a todo eso, añadimos las malas posiciones que tenemos mientras dormimos, los cortos periodos de descanso a los que nos vemos obligados

en ocasiones, y las irregulares o nulas prácticas de ejercicio o actividad física a las que sometemos nuestro cuerpo, de forma general, nos encontramos con un problema que cada vez es más frecuente, en todos los rangos de edad. Sobre todo, a partir de la etapa laboral. Aunque también comenzamos a ver casos en edades más tempranas, debido principalmente a los hábitos de estudio.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar el origen del problema.

Objetivos secundarios:
- Realizar un diagnóstico diferencial de fisioterápico.
- Conservar los rangos de movilidad existentes.
- Recuperar rangos de movilidad perdidos, en caso de que los haya.
- Disminuir las posibles tensiones de partes blandas que haya establecidas.
- Identificar posibles patologías asociadas a la primaria, y aplicar tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente varón de 33 años de edad que viene a nuestra consulta de fisioterapia aquejándose de un mareo recurrente, continuo, que no varía a lo largo del día y tampoco cede con ningún tipo de medicación. Presenta también cefalea asociada, pero de forma ocasional. Refiere que la sintomatología se agudiza al levantarse de la cama por las mañanas y tras la el final de su jornada laboral. Se le han realizado diversas pruebas médicas que descartan problemas al nivel de oído y cerebelo.
Tampoco hay lesiones visibles al nivel de la columna vertebral, ni estructuras colindantes.
Durante la exploración física observamos, en primer lugar, que no hay una gran limitación de la movilidad cervical. Rangos normales, aunque sí presenta dolor moderado en la extensión cervical forzada. En el examen palpatorio corroboramos que hay una gran tensión muscular en la zona cervical alta, sobre todo entre el occipital y los segmentos cervicales superiores. Confirmamos, a su vez, que tampoco hay pérdida ni alteraciones en la movilidad del resto de estructuras relacionadas, ni tampoco encontramos alteraciones morfológicas ni de otro tipo. Revisamos los diagnósticos de imagen que aporta el paciente, y confirmamos que todo está bien a nivel estructural.
Pautamos un plan de tratamiento que, en un inicio, consiste en aplicar dos sesiones semanales, en lunes y jueves. En dichas sesiones aplicamos terapia man-

ual en toda la zona cervical y dorsal, que consiste en técnica de puntos, gatillo, estiramientos, ejercicios activos de la zona, y pautas ergonómicas para que el paciente aplique en su casa y durante el trabajo. Enseñamos también una serie de estiramientos activos y tabla de ejercicios sencillos, que iremos revisando y modificando semana a semana, para que pueda llevar a cabo en su domicilio.

4 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo con la importancia de los diagnósticos realizados por un equipo de fisioterapeutas expertos son fundamentales para comprender los mecanismos neurofisiológicos del mareo cervicogénico y el dolor de cuello persistente, el mareo y la inestabilidad asociados con el latigazo cervical.
El profesional fisioterapeuta podrá guiarte después de tu valoración y de tu respuesta al tratamiento inicial. Consulte a nuestro fisioterapeuta para obtener consejos específicos.
A medida que descubrimos más sobre la disfunción aferente cervical, la identificación de los déficits sensoriomotores es solo el comienzo de un nuevo enfoque para tratar el mareo cervical y cervicogénico, ya que es importante una revisión, pudiendo ser otro tipo de patologías independientes a la fisioterapia.

5 Bibliografía

1. Berliner JM. Cervicogenic Dizziness. American physical therapy association (section of neurology). 2013; 25.
2. Yacovino DA, Hain TC, Raúl C, MD. Clinical characteristics of cervicogenicrelated dizziness and vertigo. Semin Neurol. 2013; 33 (3): 244-55.
3. Lystad RP, Bell G, Bonnevie-Svendsen M, Carter CV. Manual therapy with and without vestibular rehabilitation for cervicogènic dizziness: a systematic review. Chiropractic & amp; Manual Therapies. 2011; 19 (21).
4. Minguez-Zuazo A, Grande-Alonso M, Saiz BM, La Touche R, Lara SL. Therapeutic patient education and exercise therapy in patients with cervicogenic dizziness: a prospective case series clinical study. J Exerc Rehabil. 2016; 12 (3): 216-25.
5. Chaibi A, Tuchin PJ. Chiropractic spinal manipulative treatment of cervicogenic dizziness using Gonstead method: a case study. J Chiropr Med. 2011; 10 (3):
194-8.

Capítulo 307

VALORACIÓN FISIOTERÁPICA DEL LINFEDEMA

MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ

CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ

VERÓNICA GAMERO MORAGÓN

CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL

MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ

1 Introducción

El linfedema es una acumulación de líquido rico en proteínas debido a alguna anomalía del sistema linfático, según la Sociedad Internacional de linfología (ISL) como una manifestación de la insuficiencia del sistema linfático y problemas en el transporte linfático. Otros miembros de ISI lo definen como el conjunto de signos y síntomas debido a una subyacente enfermedad linfática.(1–4) El linfedema está reconocido como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Puede ser un fenómeno aislado o asociado a otras enfermedades como cáncer.
Es debido a un fallo en el sistema linfático. Normalmente, la carga linfática y la capacidad de transporte del sistema linfático están en equilibrio, cuando este equilibrio se rompe ya sea porque aumenta la carga linfática (por ejemplo, por problemas venosos) o que el sistema linfático esté dañado (tras la sección de ganglios, radioterapia, etc.) es cuando puede aparecer el linfedema. Existen medidas compensatorias como aumento de la circulación colateral, creación de nuevas

anastomosis, etc. Que intentan evitar el edema pero si estos mecanismos no son suficientes aparece el linfedema. (5,6)
Se considera que existe un linfedema cuando existe una diferencia entre un 5-10% respecto al lado sano, aproximadamente, equivale a dos centímetros de diferencia entre el lado afecto y el lado sano.(1,5–7)
Hay que hacer un diagnóstico diferencial con otros tipos de edema no linfáticos como el edema venoso o por causas sistémicas. Además, la presentación clínica del linfedema puede variar mucho.
Hay varias clasificaciones en función de la etiología (primaria o secundaria), si es benigno o maligno o su localización.
El 90% son secundarios debidos a tumores, tratamiento de quimioterapia o radioterapia, causas iatrogénicas, etc.
Afecta a un alto porcentaje de la población que ha sido afectada de cáncer de mama o tratamientos de radioterapia sufre linfedema en el miembro superior.

2 Objetivos

- Revisar la literatura que hay hasta la fecha sobre cómo hacer una valoración en fisioterapia del linfedema: Gold Standars de valoración, escalas para medir la calidad de vida y el dolor.
- Conocer los protocolos establecidos para valorar a un paciente con linfedema.

3 Metodología

Se hace una búsqueda bibliografía en las bases de datos Pubmed, PEDro y Cochrane con los términos “physiotherapy”, and “lymphedema”, and “evaluation”, and “treatment”, “quality of life”, así como una búsqueda sistemática de libros que hablen de la valoración en fisioterapia y del linfedema.

4 Resultados

Siempre precedido a una valoración hay que hacer una anamnesis donde el paciente nos informe sobre cómo empezó el problema, tratamiento fisioterápico o farmacológico que ha realizado o está realizando, sus antecedentes personales más relevantes y cómo le afecta el linfedema a su vida diaria.
- Observación e inspección: En cuanto a la valoración primero se empieza con una observación e inspección en un lugar bien iluminado donde podamos ver

el color de la piel, si hay diferencia significativa de volumen, si hay diferencias de vello en un lado con respecto al contralateral, las uñas engrosas, cicatrices, edema, etc. Simultáneamente, se palpa la zona afecta para ver la temperatura, cicatrices, edema, pulsos y si aparecer el signo de Stemmer (Se coge un pliegue de la piel del segundo dedo del pie o de la mano, si en el lado afecto no podemos pinzarlo, sería positivo para linfedema), signo de la fóvea (si al presionar cinco segundos un punto que haya un relieve óseo debajo se queda la fóvea es positivo esto indica edema venoso o linfático muy inicial).

- Dolor: También hay que valorar el dolor mediante la escala visual analógica o alguna escala numérica para cuantificar el dolor. También hay que ver las cualidades de ese dolor: quemazón, punzante, difuso, etc.
- Valoración articular: ver si el linfedema ha limitado la movilidad del miembro afecto mediante goniometría comparando con el contralateral.
- Valoración circométrica: mide la diferencia de volumen entre el lado sano y el afecto. Se puede medir cada 3, 4 o 10 centímetros desde la estiloides cubital hasta 15 centímetros por encima del epicóndilo. La mediciones varían en función de los autores. Se considera linfedema si hay un aumento de 2cm frente al contralateral.
- Volumetría: es el 'Gold Standar" o valor de referencia para valorar el linfedema pero no se utiliza en la práctica clínica.
- Actividades de la vida diaria: ver cómo afecta el linfedema a la calidad de vida de nuestro paciente. Se puede hacer mediante cuestionarios genéricos como el cuestionario de salud SF-36, WHOQOL-BREEF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire), WHO-DAS II (World Health Organization – disability assessment schedule).

También hay cuestionarios específicos para miembro superior como DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) y cuestionarios específicos para miembro inferior LLFI (Lower Limb Functional Index).

- Cuestionarios específicos para el linfedema

 WCLS (Wesley Clinic Lymphoedema Scale): valora el confort, tamaño, sensibilidad, facilidad para vestirse y fuerza en afectados de linfedema tras cáncer de mama. Toma como base el FLIC (funtional lyving index-cancer) que valora la calidad de vida en pacientes oncológicos.

 LBCQ (Lymphedema Breast Cancer Questionnaire): Valora 19 síntomas indicadores de linfedema que han sido referidos por los pacientes. Varios estudios han correlacionado su eficacia con mujeres afectadas de cáncer de mama. La circometría junto a los varios de este cuestionarios pueden detectar la aparición precoz del linfedema de miembro superior.

 ULL-27 (Upper Limb Lymphedema questionnaire): valora la calidad de vida en

pacientes con linfedema de miembro superior tras cáncer de mama. Tiene una versión validada en español.
 LYMPH-ICF (Lymphoedema Functioning, Disability And Health Questionnaire): Evalúa en cinco bloques: función física, mental, actividades del hogar, movilidad y actividades sociales.

5 Discusión-Conclusión

Para hacer un buen tratamiento del linfedema se debe hacer previamente una valoración completa donde incluyamos datos objetivos y subjetivos que nos puedan ayudar a mejorar la adherencia del paciente y nos lleven a hacer un tratamiento individualizado para cada paciente.
Tras la anamnesis hay que hacer una valoración donde comparemos con el lado contralateral el aspecto de la piel, la movilidad, el dolor, la diferencia de tamaño entre el lado sano y el afecto y el impacto que tiene en su calidad de vida.
Para cuantificar la mejoría del paciente es necesario utilizar métodos validados y el valor de referencia que en este caso sería la volumetría, sin embargo, no es viable realizarlo en la práctica clínica por lo que sí es muy importante detallar bien en nuestra valoración cómo hemos medido el lado sano y afecto, desde dónde hemos empezado y cuántas medidas hemos tomado para que sea reproductible y fiable en la siguiente medición.
Además, para tener más datos objetivos de la mejoría debemos elegir las escalas validadas que más se adapten a la necesidad de nuestro paciente para ver la evolución de nuestro paciente de forma cuantificable.

6 Bibliografía

Document C, Society I. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 consensus document of the international society of lymphology. Lymphology. 2020;53(1):3–19.
2. Society TI, Document C, Congress XVII, Icl X, Committee E, Icl X, et al. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2016 consensus document of the international society of lymphology. Lymphology. 2016;49(4):170–84.
3. Pereira C. N, Koshima I, Pereira C. N, Koshima I. Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Rev Chil cirugía [Internet]. 2018 Dec [cited 2021 Mar 14];70(6):589–97. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000600589&lng=en&nrm=iso&tlng=en

4. Framework L. Lymphoedema Framework. Best Practice for the Management of Lymphoedema. International Concensus. 2006.
5. de las Heras J. Universidad de Murcia. All rights Reserv IJES [Internet]. 2015;281(4):1–30. Available from: http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Universidad+de+murcia#0
6. Varela Donoso E, Lanzas Melendo G, Atín Arratíbel MA, González López-Arza M V. Chapter 1: Generalities of the lymphedemas and lymphatic circulation: Pathogeny and pathophysiology. Rehabilitacion. 2010;44(SUPPL. 1):2–7.
7. Margarita DRA, Gonzalez M, Caravaca GILR. Facultad de Ciencias de la Salud MORBILIDAD Y FACTORES PRONÓSTICOS TESIS DOCTORAL ESPERANZA DE CARLOS IRIARTE. 2011;
8. International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. Lymphology. 2020;53(1):3–19.
9. Ferrandez J-C. El sistema linfático. Historia, iconografía e implicaciones fisioterapéuticas. In: Panamericana, editor. El sistema linfático Historia, iconografía e implicaciones fisioterapéuticas. 1st ed. Madrid; 2006. p. 39–70.
10. Ferrandez J-C. El sistema linfático. Historia, iconografía e implicaciones fisioterapéuticastle. In: Medica P ed., editor. El sistema linfático Historia, iconografía e implicaciones fisioterapéuticas. 2006th ed. 2006. p. 71–82.
11. Liao S, von der Weid PY. Lymphatic system: An active pathway for immune protection. Vol. 38, Seminars in Cell and Developmental Biology. Academic Press; 2015. p. 83–9.
12. Arias-Cuadrado A, Lvarez-Vzquez MJ, Martn-Mourelle R, Villarino-Daz Jimnez C. Clinical findings, classification and lymphoedema staging. Rehabilitacion. 2010;44(SUPPL. 1):29–34.
13. Puigdellivol Serafí C, Alonso Álvarez B. Orientación Diagnóstica y Terapéutica del Linfedema [Internet]. Orientación Diagnóstica y Terapeútica del Linfedema. 2017. 147 p. Available from: http://www.capitulodeflebologia.org/media/Guia-linfedema-segunda-edicion-2017_439.pdf
14. Varela-Lema L. Efectividad y seguridad de la microcirugía de linfedema de extremidades TT - Effectiveness and safety of microsurgery in limb lymphedema. 2017;(2017):0–122. Available from: http://avalia-t.sergas.es/DXerais/715/avalia-t201602CirugiaLinfedema.pdf
15. Kayiran O, De La Cruz C, Tane K, Soran A. Lymphedema: From diagnosis to treatment. Turkish J Surg. 2017;33(2):51–7.
16. Pelayo FT. Linfedema. 2020;16(2):79–86.

17. Romay Barrero HM. Drenaje linfático manual en la prevención del linfedema en mujeres intervenidas mediante cirugía con linfadenectomía por cáncer de mama. Seguimiento a largo plazo. 2017 Jun 22 [cited 2021 Apr 4]; Available from: https://hdl.handle.net/10630/15227
18. Linfedema (AMF 2020) A propósito de un caso [Internet]. [cited 2021 Apr 4]. Available from: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2597

Capítulo 308

EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ

MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ

CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ

VERÓNICA GAMERO MORAGÓN

CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más común y una de las patologías neurodegenerativas más frecuentes en las personas mayores, constituyendo cerca del 90% de los casos de demencia en esta población (1).

Las demencias neurodegenerativas constituyen una amplia categoría de enfermedades cerebrales que se caracterizan por una disminución típicamente gradual de la función cognitiva, lo que en última instancia conduce a una mayor mortalidad (2). La demencia incluye la pérdida de memoria y dificultades con el pensamiento, el lenguaje y las habilidades para resolver problemas (3).

La EA provoca una pérdida progresiva de las capacidades cognitivas, siendo el deterioro de la memoria a corto plazo el síntoma inicial más típico (2). La EA es una forma devastadora y finalmente fatal de neurodegeneración caracterizada por la pérdida progresiva de la cognición y la interrupción de funciones básicas, como tragar, caminar, atención y memoria (4).

Los factores de riesgo para la EA son la edad, los antecedentes familiares, el genotipo de la apolipoproteína E ε 4, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, la hipercolesterolemia, la lesión cerebral traumática y el bajo nivel educativo (5).

En la actualidad, hay alrededor de 50 millones de pacientes con EA en todo el mundo y se prevé que este número se duplique cada 5 años y aumente hasta llegar a 152 millones para 2050 (6).

Como ya se ha expuesto, la EA es la principal causa de demencia, por ello se está convirtiendo rápidamente en una de las enfermedades más costosas, letales y onerosas de este siglo (7). Las proyecciones muestran que esta carga económica aumentará a medida que las poblaciones nacionales y mundiales sigan envejeciendo (4).

Dada la alta carga que supone la EA para el individuo afectado y para la sociedad en términos de los costes económicos en la atención a la salud, se necesita urgentemente una mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de este trastorno y su patogenia, para así poder desarrollar un diagnóstico temprano y una intervención eficaz (8) (9).

En la actualidad, no existe una cura para la enfermedad de Alzheimer, aunque existen tratamientos disponibles que solo mejoran los síntomas (6).

La Enfermedad de Alzheimer también se caracteriza por cambios en el flujo sanguíneo cerebral, ya que los pacientes con EA muestran una disminución del 40 % en el flujo sanguíneo global en comparación con los grupos control sanos. Por lo tanto, aumentar la aptitud cardiorrespiratoria puede ayudar a prevenir o retrasar el deterioro cognitivo patológico al aumentar el flujo sanguíneo cerebral (10).

2 Objetivos

- Analizar los efectos del ejercicio físico como tratamiento fisioterápico en el deterioro cognitivo, las modificaciones estructurales y los cambios funcionales cerebrales, en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

- Determinar si los beneficios son mayores con el ejercicio aeróbico o anaeróbico en pacientes que sufren Enfermedad de Alzheimer.
- Averiguar si existe algún protocolo de fisioterapia establecido con ejercicios para las personas que sufren Enfermedad de Alzheimer.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática mediante una búsqueda avanzada en las bases de datos Medline y PubMed usando las palabras clave: "Physical exercise", "treatment" y "Alzheimer's disease" y el operador boleano "AND". Se acotó por periodo cronológico para obtener publicaciones realizadas en los últimos 5 años. Seleccionamos aquellos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, cuyo resumen estuviese en relación con los objetivos de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

Entre los resultados obtenidos en nuestra búsqueda en las bases de datos encontramos que, en su mayoría, los estudios han relacionado la práctica del ejercicio físico en sujetos diagnosticados de EA, con un aumento en el volumen cerebral, en las primeras etapas de la Enfermedad de Alzheimer 11,12,13,14.

Los estudios que hemos analizado han utilizado la RMN como método principal de valoración de la muestra, para poder así evaluar la evolución del volumen cerebral de los sujetos. En estos estudios analizados, los resultados fueron positivos en diferentes áreas del cerebro según el estudio que se revise. Se han publicado estudios donde el aumento del volumen cerebral ocurre en el área temporal, en otros estudios el incremento se observa en la sustancia blanca total o en el volumen cerebral total.

Otros estudios lo que han concluido es que la disminución de la actividad física, en aquellas personas que han sido diagnosticadas de Enfermedad de Alzheimer, está relacionada con una mayor atrofia en el parahipocampo izquierdo, lóbulo temporal y núcleos de la base. Incluso se pudo demostrar que en aquellas personas que no sufren EA, existe un aumento de riesgo de padecer esta enfermedad cuando se disminuye la práctica de la actividad física.

Además, se han encontrado estudios cuyos resultados fueron significativamente positivos al relacionar la actividad física con mejoras en diferentes parámetros de

la cognición como lo son el rendimiento cognitivo espacial, la memoria inmediata, el aprendizaje verbal, la función ejecutiva, la memoria diferida, la velocidad de respuesta, la velocidad de procesamiento y la cognición global.

Un estudio ha comparado entre los beneficios obtenidos con la práctica de ejercicio aeróbico frente a los obtenidos con el ejercicio anaeróbico, en una muestra de sujetos que sufría Enfermedad de Alzheimer. Este estudio concluyó que mediante el ejercicio aeróbico se preservó el hipocampo en etapas tempranas de la Enfermedad de Alzheimer, no ocurriendo así con el ejercicio anaeróbico, que no logró mostrar una mejoría significativa.

5 Discusión-Conclusión

Existe una relación significativa entre la práctica de actividad física y la mejora de las funciones cerebrales alteradas por la Enfermedad de Alzheimer. Estos beneficios que se han encontrado al realizar ejercicio físico aquellos pacientes que sufren EA, se han podido evidenciar con cambios en la estructura del cerebro por medio de RMN.

Así mismo, también sabemos que la falta de actividad física en personas que han sido diagnosticadas de Enfermedad de Alzheimer lleva a una atrofia cerebral, lo que producirá efectos negativos en la evolución de la enfermedad. Incluso cabe remarcar, que la falta de ejercicio en personas que no sufren EA supone un factor de riesgo para padecer dicha enfermedad.

En cuanto al tipo de ejercicio más recomendado para realizar los pacientes que sufren EA, es el ejercicio aeróbico el que muestra beneficios significativos en las funciones cerebrales alteradas. Por el contrario, aunque existe poca bibliografía al respecto, parece que los beneficios alcanzados con la práctica de ejercicio anaeróbico no son significativos. Sería muy interesante realizar más estudios donde dividan la muestra en función de si la intervención fisioterápica se va a basar en ejercicio aeróbico o ejercicio anaeróbico, para poder comparar los resultados.

No existe unanimidad sobre la intervención fisioterápica en los estudios, respecto a los ejercicios realizados, también falta detallar la intensidad, la duración y la progresión de los ejercicios. Por ello sería conveniente crear programas de fisioterapia con protocolos de ejercicios físicos orientados a los pacientes de EA, especialmente a los que son recién diagnosticados y se encuentran en un dete-

rioro cognitivo leve, a fin de minimizar la progresión del deterioro cognitivo y, por tanto, reducir los gastos económicos que conllevan estos enfermos para el Sistema Sanitario Público.

6 Bibliografía

1. De la Rosa A., Olaso-González G., Arc-Chagnaud C. Physical exercise in the prevention and treatment of Alzheimer's disease. J Sport Health Sci. 2020; 9(5):394-404.
2. Lashley T., M Schott J., Weston P. Molecular biomarkers of Alzheimer's disease: progress and prospects. Dis Model Mech. 2018; 11(5): dmm031781.
3. Khan S., H Barve K., S Kumar M. Recent Advancements in Pathogenesis, Diagnostics and Treatment of Alzheimer's Disease. Curr Neuropharmacol. 2020; 18(11):1106-1125.
4. Penney J., T. Ralvenius W., Li-Huei T. Modeling Alzheimer's disease with iPSC-derived brain cells. Molecular Psychiatry. 2020; 25:148–167.
5. L Cummings J., Tong G., Ballard C. Treatment Combinations for Alzheimer's Disease: Current and Future Pharmacotherapy Options. J Alzheimers Dis. 2019; 67(3):779-794.
6. Scheltens P., De Strooper B., Kivipelto M. Alzheimer's disease. Lancet. 2021; 397(10284): 1577–1590.
7. Breijyeh Z., Karaman R. Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment. Molecules. 2020. 25(24):5789.
8. Fakhoury M. Microglia and Astrocytes in Alzheimer's Disease: Implications for Therapy. Curr Neuropharmacol. 2018; 16(5):508-518
9. Bin-Lu S., Wei-Wei L., Chi Z.. Clinical Research on Alzheimer's Disease: Progress and Perspectives.. Neurosci Bull. 2018; 34(6):1111-1118.
10. A van der Kleij L., T. Petersen E., R. Siebner H. The effect of physical exercise on cerebral blood flow in Alzheimer's disease. Neuroimage Clin. 2018; 20: 650–654.
11. Morris J., Vidoni E., Johnson D. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. PLoS One. 2017; 12(2):e0170547.
12. Pentikäinen H., Ngandu T., Liu Y. Cardiorespiratory fitness and brain volumes in men and women in the FINGER study. Age Ageing. 2017; 46(2):310-31.
13. Dougherty R., Schultz S., Boots E. Relationships between cardiorespiratory fitness, hippocampal volume, and episodic memory in a population at risk for Alzheimer's disease. Brain Behav. 2017; 7(3):e00625.

14. Agüera M. A., Barbancho M. A, García-Casares N. Effect of physical exercise on Alzheimer's disease. A sistematic review. ELSEVIER. 2020; 52(5): 307-318.

Capítulo 309

PROGRAMAS TELEMÁTICOS DE FISIOTERAPIA PARA LA REHABILITACIÓN DE LA ARTROSIS DE RODILLA EN EL DOMICILIO

MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ

MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ

CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ

VERÓNICA GAMERO MORAGÓN

CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL

1 Introducción

La artrosis u osteoartritis (OA) es la afección articular, no inflamatoria, degenerativa y progresiva más frecuente. En la OA hay una degradación del cartílago articular y se producen alteraciones en el hueso subcondral. Principalmente, afecta a las caderas y las rodillas, ya que son las articulaciones que soportan más peso (1)(2).

En todo el mundo, aproximadamente 240 millones de personas tienen OA sintomática que limita la actividad (3). La rodilla es la articulación que con mayor frecuencia se afecta, con una prevalencia de hasta en un 10% en los hombres y un 13% en las mujeres mayores de 60 años (4). Además, cabe destacar que la OA

en las mujeres tiene síntomas más severos y hallazgos radiográficos más graves (3), ya que, en las mujeres, el cartílago de esta región es más delgado, con menor área y volumen (2).

La osteoartritis afecta al movimiento sincrónico normal de la articulación, lo que provoca dolor y rigidez en la articulación, acompañado de un déficit de la fuerza muscular e inestabilidad articular. Todo esto conlleva a una pérdida de la funcionalidad del movimiento y, por tanto, de la funcionalidad general del paciente en su vida diaria (2).

Los principales factores de riesgo para que aparezca la OA son la edad y la obesidad. Pero el factor mecánico anormal también juega un papel crítico en la patogénesis de la OA (5). El riesgo de sufrir artrosis de rodilla sintomática es mayor en personas obesas que en personas con un índice de masa corporal (IMC) normal, llegando a ser casi el doble. Aquellas personas con un IMC ≥ 30 kg/m2 presentan un 19,7 % de riesgo de sufrir OA de rodilla, frente al 10,9 % de riesgo que presentan las personas no obesas (3). Además, la mayoría de las personas que sufren OA son sedentarias, lo que pone en relieve la importancia de un programa de ejercicios adecuado (6).

Actualmente, las guías clínicas recomiendan el uso de estrategias no farmacológicas, como tratamiento de primera línea para la artrosis de rodilla y proponen un tratamiento individualizado según el sitio del daño articular (7). Desde 2014 la Osteoarthritis Research Society International (OARSI) considera que el tratamiento principal para la OA es la rehabilitación, basando el tratamiento de fisioterapia en una terapia de ejercicios asociada al entrenamiento de fuerza y la actividad aeróbica, ya que han concluido que reduce el dolor y mejora la función física del individuo (8).

2 Objetivos

- Analizar si una intervención de ejercicios en el domicilio del paciente puede reducir el dolor en la OA de rodilla.
- Conocer los beneficios obtenidos con los programas domiciliarios de fisioterapia para la artrosis de rodilla.

- Explorar la adherencia al tratamiento de los programas domiciliarios para la artrosis de rodilla con seguimiento telemático.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática mediante una búsqueda avanzada en las bases de datos Medline y PubMed usando las palabras clave: "exercise program", "physiotherapy" y "knee ostheoarthritis" y el operador boleano "AND". Se acotó por periodo cronológico para obtener publicaciones realizadas en los últimos 5 años. Seleccionamos aquellos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, cuyo resumen estuviese en relación con los objetivos de esta revisión bibliográfica. Por último, únicamente seleccionamos aquellos ensayos clínicos aleatorizados en los que el paciente realizaba el programa de ejercicios en su domicilio.

4 Resultados

A pesar de que actualmente se recomienda un estilo de vida activo y el ejercicio para mejorar la funcionalidad y calidad de vida en la OA de rodilla, encontramos pocos ensayos clínicos aleatorizados con programas de ejercicios para que el paciente en su domicilio lo realice con la supervisión del fisioterapeuta, ya sea por mensajería telefónica, plataformas webs, aplicaciones móviles, etc.

Entre los resultados obtenidos en nuestras búsquedas en las bases de datos, encontramos algunos ensayos controlados aleatorizados, donde han utilizado diferentes intervenciones fisioterápicas y distintas técnicas de comunicación con el paciente, en busca de la adherencia a sus programas, para el tratamiento de la osteoartritis de rodilla. En los estudios se analizó el dolor, funcionalidad de rodilla, fuerza muscular, calidad de vida y adherencia al tratamiento mediante diferentes cuestionarios y herramientas, aunque en la mayoría de los estudios se utilizó la Escala Analógica EVA y WOMAC.

En el estudio realizado por Yusuke (9) et al. se dividió a los pacientes con artrosis de rodilla en dos grupos. El grupo de intervención realizó un programa de ejercicios en su hogar, basado en el entrenamiento y estiramiento de los músculos de la rodilla y cadera. El grupo control únicamente trabajó el entrenamiento del músculo cuádriceps en el hogar. A las 4 semanas analizaron los resultados de ambos grupos y concluyeron que el grupo de intervención había mejorado significativamente en la función física en las actividades de la vida diaria, había disminuido el dolor de rodilla, y aumentado la fuerza de la extensión de rodilla. Además, ambos grupos tuvieron una alta adherencia al programa domiciliario.

En el ensayo clínico aleatorizado de Nelligan (10) et al. dividieron a los pacientes de OA de rodilla en dos grupos. Un grupo control que tuvo acceso a un sitio web personalizado donde recibió información sobre la osteoartritis de rodilla, así como información de importancia sobre ejercicios y actividad física. Por otro lado, el grupo de intervención tuvo acceso a la misma web personalizada, con el mismo tipo de información para el paciente y además, acceso a un programa de ejercicios de fortalecimiento autodirigido de 24 semanas, con orientación sobre la realización de actividad física, y acompañado con mensajes de texto automatizados que fomentaban la adherencia al tratamiento. Finalmente, este estudio concluyó que el grupo de intervención no solo había mejorado la adherencia al programa, sino que además había mejorado el dolor y la función de la rodilla. Ambos grupos mejoraron la calidad de vida y tuvieron una mejoría general.

Gohir et al (11), realizó un ensayo clínico aleatorizado con pacientes que sufrían OA de rodilla. En el estudio, el grupo de intervención recibió sesiones educativas además de un programa de ejercicios para los músculos de la cadera y rodilla en cadena cinética abierta, cadena cinética cerrada, ejercicios de equilibrio, ejercicios concéntricos y excéntricos. Las sesiones eran diarias y con una duración de 20-30 minutos durante 6 semanas consecutivas. En cambio, el grupo control recibió una atención rutinaria por parte del médico de cabecera. En los resultados se observó una mejoría significativa en el dolor de rodilla en el grupo de intervención.

En estudio de Lawford (12) et al. fue un ensayo clínico aleatorizado en el que la muestra fueron personas con OA de rodilla. La muestra se dividió en dos grupos. El grupo de intervención llevó a cabo un programa por internet que incluía ejercicios y entrenamiento de habilidades para afrontar el dolor. El grupo control recibió un programa de educación a través de internet. Se evaluó a los sujetos a los 3 y 9 meses. Finalmente, se concluyó que el grupo de intervención había reducido significativamente el dolor frente al grupo control. Además, no hubo diferencias en la mejoría de los pacientes en función del género, nivel educativo, edad, IMC o tendencia a catastrofizar el dolor.

Por el contrario, en el ensayo clínico aleatorizado de Allen (6) et al. con pacientes con OA de rodilla, los resultados no fueron positivos. En este estudio, se dividió a la muestra en 3 grupos, un grupo fue tratado con fisioterapia basada en la evidencia; otro grupo recibió un programa de entrenamiento físico por internet; el tercer grupo fue un grupo control sin ningún tipo de intervención. Las intervenciones duraron 12 meses, y las valoraciones de los resultados se analizaron a

los 4 y a los 12 meses. Tanto en los resultados obtenidos a los 4 meses, como en los obtenidos a los 12 meses, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de intervención, ni siquiera con el grupo control en términos de funcionalidad de rodilla.

Otros dos ensayos clínicos encontrados en nuestra búsqueda exclusivamente centraron los objetivos de sus estudios en términos de adherencia a los programas de rehabilitación domiciliaria para artrosis de rodilla.

Uno de los ensayos clínicos aleatorizados fue el de Linda C Li et al. (13) donde separaron a la muestra en dos grupos. En el grupo de intervención se repartió a cada sujeto del estudio una pulsera medidora de actividad, además recibieron una charla educacional grupal y tuvieron llamadas telefónicas quincenales de un fisioterapeuta durante 8 semanas, después los pacientes continuaron con el uso de la pulsera de actividad hasta la semana 12. En cambio, el segundo grupo de intervención solo recibió un boletín electrónico mensual de la semana 1 a la semana 12. A partir de la semana 14 recibió la misma intervención que había recibido el primer grupo. Tras analizar los resultados, concluyeron que el programa de 12 semanas de uso de una pulsera de actividad con asesoramiento telefónico del fisioterapeuta mejoró la participación en la actividad física en personas con artrosis de rodilla.

Benell (14) et al. realizaron un ensayo clínico con pacientes con OA de rodilla y con un IMC ≥ 30 kg/m2. Todos los pacientes fueron tratados durante 12 semanas con un fisioterapeuta. Al finalizar el tratamiento, a todos los pacientes se les pidió que continuasen realizando los ejercicios para OA en su hogar 3 veces por semana durante 24 semanas. La muestra fue dividida en 2 grupos. El grupo intervención recibió sms semi-interactivos y automatizados para facilitar el cambio de comportamiento y lograr la adherencia al ejercicio. El grupo control, por el contrario, no recibió ningún sms. Finalmente, se pudo concluir que los sms aumentaron la adherencia al ejercicio en el domicilio, aunque esto no se tradujo en mejoras clínicas significativas.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que vivimos en un mundo cada vez más digitalizado, y de que la mayoría de los pacientes con artrosis de rodilla tienen acceso a internet, no existe demasiada bibliografía acerca de programas de fisioterapia para la OA de rodilla que estén guiados por un fisioterapeuta de forma telemática, para que

el paciente pueda hacer rehabilitación desde su propio hogar. Tras analizar la bibliografía disponible en las bases de datos, nos encontramos que en muchas ocasiones los protocolos no están completamente descritos, lo que evita la homogeneidad y dificulta poder establecer un programa de ejercicio físico específico para el tratamiento de la OA de rodilla desde el domicilio.

Aun así, la mayoría de los estudios tienen unos resultados alentadores. Parece que los ensayos clínicos con programas que aúnan ejercicio físico con educación al paciente obtienen resultados significativamente positivos en la mejoría del dolor, la funcionalidad de la rodilla y la calidad de vida.

También observamos que aquellos pacientes que reciben comunicación telemática por parte del fisioterapeuta consiguen mayor adherencia al tratamiento.
Todo esto, hace pensar que los programas telemáticos para la rehabilitación de la artrosis de rodilla en el domicilio, podrían ser una buena solución costo-efectiva.

6 Bibliografía

1. Primorac D., Molnar V., Rod E. Knee Osteoarthritis: A Review of Pathogenesis and State-Of-The-Art Non-Operative Therapeutic Considerations. Genes (Basel). 2020; 11(8):854.
2. Casalo T., Dos Santos P., Germanp A. The Effects of Physical Exercise on Pain Management in Patients with Knee Osteoarthritis: A Systematic Review with Metanalysis. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2020; 55(5):509-517.
3. Katz J., Arant K., Loeser R. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. JAMA. 2021; 325(6):568-578.
4. Jang S., Lee K., Hyeon J. Recent Updates of Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment on Osteoarthritis of the Knee. Int J Mol Sci. 2021; 22(5):2619.
5. Haining P., Aichun O, Xiaohong H. Osteotomy Around the Knee: The Surgical Treatment of Osteoarthritis. Orthopaedic Surgery. 2021; 13 (5): 1465-1473.
6. Allen K., Arbeeva L., Callahan L. Physical therapy vs internet-based exercise training for patients with knee osteoarthritis: results of a randomized controlled trial. Ostheoarthritis Cartilage. 2018; 26 (3):383-396.
7. Wing R., Kwok K., Zou D. Clinic-Based Patellar Mobilization Therapy for Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. Ann Fam Med. 2018; 16(6):521-529.
8. Casali T., Dos P., Germano A. The Effects of Physical Exercise on Pain Management in Patients with Knee Osteoarthritis: A Systematic Review with Metanalysis. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2020; 55(5):509-517.

9. Yusuke S., Hirotaka I, Yuto T. Home exercise therapy to improve muscle strength and joint flexibility effectively treats pre-radiographic knee OA in community-dwelling elderly: a randomized controlled trial. Clin Rheumatol. 2019; 38(1): 133–141.
10. Nelligan R., Hinman R., Kasza J. Effects of a Self-directed Web-Based Strengthening Exercise and Physical Activity Program Supported by Automated Text Messages for People With Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2021; 181(6):776-785.
11. Gohir S., Greenhaff P., Abhishek A. Evaluating the efficacy of Internet-Based Exercise programme Aimed at Treating knee Osteoarthritis (iBEAT-OA) in the community: a study protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open. 2019; 28;9(10):e030564.
12. Lawford B., Hinman R., Kasza J. Moderators of Effects of Internet-Delivered Exercise and Pain Coping Skills Training for People With Knee Osteoarthritis: Exploratory Analysis of the IMPACT Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2018; 20(5):e10021.
13. Li L., Feehan L., Xie H. Effects of a 12-Week Multifaceted Wearable-Based Program for People With Knee Osteoarthritis: Randomized Controlled Trial. JMIR Mhealth Uhealth. 2020; 8(7): e19116.
14. Bennell K., Nelligan R., Schwartz S. Behavior Change Text Messages for Home Exercise Adherence in Knee Osteoarthritis: Randomized Trial. J Med Internet Res. 2020; 22(9): e21749.

Capítulo 310

FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

LAURA FUENTE GARCÍA

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

FRANCISCO FUENTES ROSA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ARANZAZU DORADO BURGOS

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune y la principal causa de discapacidad neurológica no traumática en adultos jóvenes. La EM se caracteriza por dos características patológicas: 1) inflamación con desmielinización y 2) proliferación astroglial (gliosis) y neurodegeneración. El daño tisular en la EM se limita al sistema nervioso central (SNC), sin afectar al sistema nervioso periférico. Afecta aproximadamente a 1,3 millones de personas en todo el mundo, con una mediana de incidencia estimada de 2,5 por 100 000 (rango 1,1 a 4) a nivel mundial (OMS, 2008). Se estima que la tasa de prevalencia global de la EM es de 30 por 100 000, con una preponderancia femenina (proporción de mujeres a hombres de 3:1). La EM se caracteriza por una variabilidad significativa en la presentación y el pronóstico, y se asocia con discapacidades complejas, que incluyen

trastornos de la fuerza, la sensibilidad, la coordinación y el equilibrio, déficits visuales y cognitivos. Estas deficiencias por lo general conducen a una limitación progresiva del funcionamiento en la vida diaria y requieren un tratamiento multidisciplinario a largo plazo. Los factores asociados con un peor pronóstico son: edad de inicio más avanzada, evolución progresiva de la enfermedad, síntomas de inicio múltiple, síntomas piramidales o cerebelosos y un intervalo breve entre el inicio y la primera recaída.

Clínicamente, la EM puede seguir dos caminos: recurrente o progresiva. Más comúnmente, el inicio es una forma recurrente de EM (RMS), que se manifiesta como episodios discretos de disfunción neurológica seguidos de una remisión parcial, completa o nula. Con el tiempo, las recaídas suelen disminuir en frecuencia, pero a menudo sobreviene un empeoramiento gradual, lo que resulta en una progresión ininterrumpida (denominada EM progresiva secundaria). Menos del 10 % de los pacientes con EM experimentan una progresión desde el inicio, una categoría denominada EM progresiva primaria. A pesar de estas distinciones, todas las formas clínicas de EM parecen reflejar el mismo proceso patológico subyacente. Y aunque la inflamación generalmente se asocia con recaídas y la neurodegeneración con progresión, ahora se reconoce que ambas patologías están presentes en prácticamente todos los pacientes a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Las personas con EM pueden presentar varias combinaciones de déficits funcionales, como discapacidad física (debilidad motora, espasticidad, disfunción sensorial, pérdida visual, ataxia, etc.), fatiga, dolor, incontinencia, déficits cognitivos (memoria, atención, disfunciones ejecutivas), problemas psicosociales, conductuales y ambientales. Estos tienen un impacto multidimensional en la actividad (función) y participación de quién lo padece.

Los programas de rehabilitación tienen como objetivo mejorar la función, el bienestar y la calidad de vida de las personas con EM. Es una enfermedad compleja y requiere un enfoque integral y multidimensional para su manejo que incorpore intervenciones de rehabilitación integradas. Es necesario establecer los valores terapéuticos, incluidos los beneficios y los daños, asociados con las intervenciones de rehabilitación de la EM.

2 Objetivos

Describir, a partir de un caso clínico, el papel de la fisioterapia en el tratamiento de una paciente con esclerosis múltiple.

3 Caso clínico

Paciente de 52 años de edad, diagnosticada de esclerosis múltiple del tipo remitente-recurrente el 1 en febrero de 1992. Maestra de profesión, fue incapacitada legalmente tras sufrir uno de los brotes. Exfumadora de 1 paquete día, madre de una hija, casada. Ha tenido 3 únicos brotes a lo largo de los años, en los que su estado de salud ha mermado en cada brote, apareciendo hipertonía, sobre todo en miembros inferiores, pérdida parcial de la movilidad y disminución de la fuerza muscular. En la remisión del brote, desaparece la hipertonía y mejora el reclutamiento motor a nivel global de forma progresiva, pero siempre quedan secuelas que van agravando su estado, sobre todo en estos últimos 5 años, en el que su discapacidad ha aumentado encontrándose en el momento actual a 7 según la Escala de Kurtzke (EDSS). Por lo tanto, los objetivos de tratamiento deben ser reales y enfocado a sus limitaciones, así como la duración de las sesiones se verán limitadas por el grado de fatiga que padece. La paciente se encuentra orientada, es colaboradora, no presentando alteración de las funciones cognitivas, y su actitud frente al tratamiento es muy positiva.

Valoración inicial

Valoración muscular y tono postural

De forma general, presenta mayor limitación en miembros inferiores respecto de miembros superiores. Encontramos que la musculatura más afectada es: la musculatura extensora profunda del tronco, en la que se ve un déficit de reclutamiento y mantenimiento, por lo que la paciente realiza esta función con la musculatura larga de la espalda, apreciándose un aumento del tono a este nivel, lo que provoca frecuentes molestias y dolor en toda la zona lumbar. A nivel de MMII: cuadríceps, flexores de cadera, glúteos y flexores dorsales del pie, con mayor afectación del miembro inferior (MI) derecho, presenta hipertonía extensora en ambos miembros, apreciándose clonus al estiramiento de la musculatura posterior derecha. Se han creado compensaciones tanto posturales como de movimiento en otras zonas del cuerpo donde existe un aumento del tono de forma muy localizada que, de no tratarse, daría como resultado la aparición de contracturas musculares, acortamientos miotendinosos y patrones de movimiento en una alineación inadecuada. De esta forma, los grupos musculares que presentan un tono más alto son los isquiotibiales, aductores y tríceps sural, más evidente en el MI derecho.

La sensibilidad es normal en tronco superior, y ligeramente conservada en miembros inferiores, con mayor afectación en miembro inferior derecho y en las zonas distales, generando una marcha característica, ya que refiere “no saber cómo colo-

car sus pies al caminar", aparte de la debilidad de tibial anterior derecho que produce un ligero equino de pie.
En cuanto a los patrones posturales y de movimiento, en sedestación, las reacciones de enderezamiento están presentes, pero son deficientes, presentando inestabilidad lateral, sobre todo hacia el lado derecho, y refiriendo estas más cómoda en asientos con reposabrazos. En bipedestación se mantiene unos segundos sin ayuda, pudiendo aguantar minutos si mantiene apoyo con una mano, ampliando la base de sustentación que, al disminuirla, aparecen temblores y se manifiesta el déficit de equilibrio. Como compensación a la alteración del equilibrio y al déficit de extensión selectiva contra la gravedad, se estabiliza aumentando el tono en la cintura escapular y en los pies, tanto a nivel de los dedos, que se presentan en garra, como en la musculatura de la planta del pie.
Marcha: es capaz de caminar 5 metros con ayudas de paralelas, o de otra persona, sin presentar fatiga, pero refiere tener miedo a usar el andador sola, por lo que no lo utiliza. En su vida diaria utiliza la silla de ruedas, siempre transportada por una persona. En la marcha con ayuda tiende a balancear el centro de gravedad, y presenta mayor inestabilidad hacia el lado derecho. La alteración de la sensibilidad cinestésica y propioceptiva hace que el patrón de movimiento sea muy brusco, teniendo dificultad para controlar los grados intermedios del movimiento. El tono de los MMII aumenta por encima de lo normal en la deambulación. Hay asimetría en los pasos tanto en distancia como en tiempo: Según la Escala de Tinetti, para la evaluación de la marcha y el equilibrio, nuestra paciente tiene una puntuación de 11 con respecto a 28, que es la puntuación máxima.
AVD: Sus actividades de la vida diaria se encuentran muy limitadas por el miedo que padece a usar el andador por sí misma, por lo que depende de un acompañante que realice las labores del hogar, así como ayuda para el baño.
OBJETIVOS DE TRATAMIENTO
De esta forma, los objetivos de tratamiento fisioterapéutico son:
- Normalizar, en lo medida de lo posible, el tono postural para intentar que cada músculo realice su función sin crear compensaciones.
- Optimizar las reacciones de equilibrio y enderezamiento en sedestación y bipedestación.
- Lograr una marcha menos costosa y económica dentro de sus posibilidades.
- Mejora de la fatiga.
- Conseguir deshacer el miedo al uso de andador para lograr mayor independencia por el domicilio.

Para ello realizamos un programa de 2 sesiones semanales de 45 minutos cada sesión en clínica, más dos sesiones en domicilio de 20 minutos de bicicleta es-

tática, durante un periodo de tiempo de 6 meses.
En la sesión en clínica aplicaremos diferentes técnicas y realizaremos ejercicios adaptados a las características particulares de nuestro paciente que, pueden modificarse incluso de un día a otro. Es importante tener especial atención a un síntoma muy común en los afectados por EM, la fatiga; por ello, no se repetirá más de 10 veces cada movimiento, se intercalarán periodos de descanso, si fuera necesario, los lastres o pesas utilizados en los ejercicios contra resistencia no superarán los 2 kilogramos y el ambiente de trabajo tendrá una temperatura adecuada.
De este modo, se realizará:
-Fortalecimiento de miembros superiores en camilla, utilizando lastres y pesas.
- Fortalecimiento de miembros inferiores y normalización del tono mediante estiramientos, realizados en decúbito supino en colchoneta. Se realizará marcha, trabajo de tronco, trabajo de propiocepción y estabilidad en cuadrupedia.
- Incorporación desde colchoneta a bipedestación, pasando por posición de caballero, con ayuda de espalderas.
- Fortalecimiento de tronco en espalderas con ayuda de un TRX.
- Reeducación de la marcha en paralelas, utilizando obstáculos, diferentes tipos de marcha (tándem, con una sola ayuda, con pesos)
- Trabajo de equilibrio y propiocepción en sedestación, utilizando un fitball, y en bipedestación con ayuda de las paralelas.
- Tratamiento manual y masoterapia de la musculatura hipertónica. La reducción y normalización del tono muscular se perseguirá mediante movilizaciones pasivas y estiramientos musculares pasivos realizados de forma lenta y progresiva, evitando los espasmos musculares.
- Reeducación de la marcha con andador; progresivamente, aumentando distancia y tiempo de trabajo con andador por la clínica, para deshacer el miedo.
La paciente refiere tener una bicicleta estática en domicilio, por lo que indicamos la realización de bicicleta estática 2 sesiones a la semana, de 20 minutos, realizando un descanso a mitad de sesión, intercalados de las sesiones de rehabilitación en clínica.
Valoración final
Tras 6 meses de trabajo intensivo, en la que la paciente toleró bien las sesiones y no hubo que realizar ninguna modificación en el tratamiento previsto, podemos identificar:
- Observamos una mejora global en todos los grupos musculares, sobre todo a nivel axial y en la cintura pélvica, lo que le ha permitido tener un mejor control postural y equilibrio en todas las posiciones, esto se refleja en que puede realizar las actividades en bipedestación durante más tiempo y sin aparición de temblor

y fatiga, sobre todo en los MMII.
- Mayor estabilidad en sedestación, refiriendo sentirse cómoda en un asiento sin reposabrazos.
- Mayor funcionalidad de la marcha, mayor estabilidad, ya que ha disminuido el balanceo lateral, y conseguimos que comenzara a utilizar en andador en distancias cortas en el domicilio, dando mayor independencia en sus ABVD.
- Mejora de la fatiga.
- En la escala de Tinetti aumentando 4 puntos, consiguiendo una puntuación de 15.
- Mejora del estado anímico de la paciente, ha creado adherencia al tratamiento, refiere encontrarse mejor, más fuerte y estable, lo que mejora su calidad de vida.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inmunomediada del sistema nervioso central (SNC) con una prevalencia superior a 2,5 millones de personas en todo el mundo.
La limitación de la movilidad es una de las consecuencias más extendidas e impactantes de la EM, genera perdida de la independencia de la persona que lo padece, reduciéndose su calidad de vida de una manera importante. El entrenamiento físico se ha caracterizado como el enfoque de rehabilitación no farmacológico más eficaz para el tratamiento de la EM. El entrenamiento físico se centra en sesiones de actividad física planificadas, estructuradas y repetidas durante un período prolongado de tiempo para mejorar el estado físico, los síntomas o la función. Incluyen una rutina que combina ejercicio aeróbico (p. ej., caminar, andar en bicicleta o trotar), ejercicio de resistencia (p. ej., entrenamiento con pesas libres o máquinas) o enfoques combinados con ejercicios aeróbicos y de resistencia que pueden promover incorporar actividades de equilibrio o estiramientos.
Los resultados de nuestro caso clínico reflejan una clara mejoría en los síntomas y signos que padece la paciente. Se ha visto una clara mejora tanto en movilidad, dolor, funcionalidad y estado anímico de la paciente, dando una gran relevancia a la terapia física. Sin embargo, el tratamiento eficaz de la progresión sigue siendo una necesidad insatisfecha porque las terapias actuales confieren solo una protección parcial contra el componente neurodegenerativo de la EM. Aunque los estudios de historia natural sugieren que el curso a largo plazo de la enfermedad ha mejorado drásticamente en los últimos años, se necesitan más evaluaciones clínicas para recopilar evidencia de eficacia y seguridad a largo plazo para estas terapias.

5 Bibliografía

1. Hauser SL, Cree BAC. Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. Am J Med. 2020 Dec;133(12):1380-1390.e2. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.049. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32682869; PMCID: PMC7704606.
2. Kalb R, Brown TR, Coote S, Costello K, Dalgas U, Garmon E, Giesser B, Halper J, Karpatkin H, Keller J, Ng AV, Pilutti LA, Rohrig A, Van Asch P, Zackowski K, Motl RW. Exercise and lifestyle physical activity recommendations for people with multiple sclerosis throughout the disease course. Mult Scler. 2020 Oct;26(12):1459-1469. doi: 10.1177/1352458520915629. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32323606; PMCID: PMC7575303.
3. Amatya B, Khan F, Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 14;1(1):CD012732. doi: 10.1002/14651858.CD012732.pub2. PMID: 30637728; PMCID: PMC6353175.
4. Baird JF, Sandroff BM, Motl RW. Therapies for mobility disability in persons with multiple sclerosis. Expert Rev Neurother. 2018 Jun;18(6):493-502. doi: 10.1080/14737175.2018.1478289. Epub 2018 May 30. PMID: 29772185; PMCID: PMC6291756.
5. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an Expanded Disability Status Scale (EDSS). Neurology 1983;33:144452
6. Fernández O. Epidemiología de la esclerosis múltiple en España. In Alfaro A, ancho , eds. Neuroepidemiología. Madrid: MCR; 1990. P. 115-22

Capítulo 311

SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO Y FISIOTERAPIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

JUAN DÍAZ LORENZO

FERNANDO ARIAS GOMEZ

YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ

MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ

CORTES ARENAS DEL SALTO

1 Introducción

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) se define por la International Association for the Study of Pain (IASP) como una situación clínica caracterizada por un dolor regional, no específico de un territorio neurológico, continuo y desproporcionado en cuanto a tiempo o intensidad respecto a la evolución normal del traumatismo o lesión que lo desencadena.
El dolor es incapacitante, de predominio distal y, asimétrico, empezando en una extremidad, aunque puede extenderse a otras partes del cuerpo, y cursa con manifestaciones sensoriales, motoras, sudomotoras, vasomotoras y/o tróficas. En referencia a la evolución, esta es muy variable y no suele responder a un tratamiento analgésico convencional.

En cuanto a las manifestaciones clínicas del SDRC, se considera que un 70 % de los afectados presentan SDRC caliente, que aparece en las fases iniciales y que se manifiesta con predominio del calor, enrojecimiento y edema locales; y un 30 % de los pacientes presentan SDR frio, característico de la fase crónica, que cursa con piel fría, oscura y sudorosa.

Las manifestaciones clínicas se podrían agrupar en tres áreas:

- Manifestaciones sensoriales: dolor profundo (más del 90 % de pacientes) de intensidad variable, que aumenta con el contacto, el ejercicio y la inmovilización forzada, los cambios de temperatura y el estrés. Este dolor se define como "quemante y punzante", y existe además alodinia e hiperalgesia.
- Manifestaciones autónomas: presencia de edema blando de aparición precoz y, con el tiempo, se convertiría en un edema duro fibrótico. La percepción del paciente es que su extremidad sigue estando más hinchada en comparación con el lado contralateral. También aparecen cambios de temperatura y de coloración cutánea (70%-80% de pacientes), así como alteraciones en el vello y las uñas del miembro afecto. Se observan trastornos vaso y sudomotores, y atrofia muscular y cutánea.
- Manifestaciones motoras: disminución del rango osteomuscular (80% de pacientes) y debilidad muscular con atrofia, fibrosis y contracturas musculares en fases más avanzadas; temblor esencial en más de la mitad de los pacientes.

Algunos de estos trastornos motores podrían alterar la reorganización central, afectando al miembro contralateral.

Referente al diagnóstico, no existe hasta la actualidad ningún criterio diagnóstico estandarizado que identifique el SDRC. El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica (severidad y duración de los síntomas y signos, el tipo de fractura y gravedad de la lesión, y la exploración física del miembro afectado). Hay otras herramientas que complementan el diagnóstico como gammagrafía ósea, electromiografía, TAC, RMN, termómetros y mediciones Doppler.

En consideración al tratamiento, este abarca el tratamiento farmacológico (principalmente con corticosteroides orales, calcitonina, biofosfonatos y anticonvulsionantes), y tratamiento de fisioterapia, con técnicas como ejercicio aeróbico, técnica del espejo y Graded Motor Imagery, ejercicios de stress loading, electroterapia analgésica, terapia de exposición al dolor y desensibilización, drenaje linfático manual e hidroterapia para el edema, punción seca muscular y tratamiento postural.

Además, estarían el tratamiento médico intervencionista, con técnicas de estimulación de la médula espinal, bloqueo del sistema nervioso simpático y simpatectomía, y el tratamiento psicológico, a través de técnicas de control de ansiedad

y miedo, biofeedback y técnicas de relajación y respiración.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas de fisioterapia utilizadas en el tratamiento contemporáneo del SDRC, dentro de la evidencia científica actual.
- Delimitar los efectos de las técnicas de fisioterapia en las diferentes fases del SDRC.

3 Metodología

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

Tras la búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, quedaron un total de 32 artículos posibles, que cumplieran los criterios establecidos de selección.
Cabe inferir que, según estos artículos, la fisioterapia sería efectiva para aliviar el dolor y prevenir alteraciones como atrofias o contracturas, estando todavía en desconocimiento y generando controversia las técnicas específicas de fisioterapia más eficaces para el tratamiento del SDRC. Todos coinciden en que el aspecto vital para prevenir el SDRC es evitar la inmovilización tras una lesión, estimulando la extremidad afecta, e individualizando las características del tratamiento en función del paciente.
Los estudios parecen indicar que, intervenciones de fisioterapia muy intensas podrían ser contraproducentes a la evolución de la enfermedad, así como un abordaje fisioterápico inapropiado podría aumentar el dolor, el edema y la fatiga y exacerbar la inflamación y síntomas simpáticos.
Autores como Porro et al. señalan que la fisioterapia desempeña un papel fundamental, pero debe complementarse con otras modalidades de tratamiento, como la farmacología y la terapia ocupacional y psicológica, para obtener resultados verdaderamente satisfactorios.

A rasgos generales, la mayoría de los estudios coinciden en que el principal objetivo en un primer estadio agudo sería restaurar el proceso sensitivo normal, con ejercicios de movilización y desensibilización del dolor, y una vez alcanzado este objetivo, se pasará a aumentar y mejorar la movilidad a través de cinesiterapia activa y funcional.

En cuanto a las técnicas específicas de fisioterapia que más evidencia aportan y sus efectos:

- Cinesiterapia activa y activo: asistida en fases más agudas junto con terapia manual para prevención del edema y contracturas, y ejercicios isotónicos y contraresistidos en fases más avanzadas, respetando el dolor. A su vez, el ejercicio aeróbico general ha demostrado que reduce la hiperalgesia y alivia el dolor en combinación con el tratamiento convencional.
- Masoterapia: en fases iniciales como en etapas más tardías para alivio del dolor y reducción del edema.
- DLM: evidencia científica muy escasa, aunque algunos estudios sugieren que resulta efectivo a corto plazo para la reducción del edema y alivio del dolor, a pesar de que a largo plazo no reporta los beneficios que reporta el ejercicio físico.
- Pain (Terapia de exposición al dolor): programa de ejercicio físico progresivo y de manejo del dolor, con objetivo de ir eliminando los miedos relacionados con la enfermedad, como la kinesiofobia. El estudio de Van de Meent et al., incluye técnicas de movilizaciones pasivas y activas para articulaciones y trabajo del aumento de la fuerza muscular.
- Electroterapia:

Corrientes tipo TENS: varios autores apoyan que podría estimular la reorganización cortical y modificar los umbrales del dolor. Indicado en estadios iniciales como analgesia y para la disminución del edema. Según Bilgili et al., demostró que el TENS combinado con el tratamiento estándar (baños de contraste o programas de ejercicio), disminuía el dolor y el edema en comparación con el tratamiento estándar únicamente.

Corrientes Interferenciales: por su acción analgésica a través de los mediadores inflamatorios, que producen una reducción de prostaglandinas E–2 e inhiben los efectos de la ciclooxigenasa.

Láser: el láser de intensidad baja por sus efectos terapéuticos para disminuir el edema e inflamación, y mejorar las habilidades regenerativas.

Ultrasonidos: algunos estudios respaldan que, en fases iniciales, sería efectivo para el dolor, mientras no haya rechazo del paciente al contacto; sin embargo, Kiralp et al., sugieren que no es efectivo en el SDRC, ya que no muestra diferencias en comparación con el grupo placebo.

Magnetoterapia: escaso número de investigaciones, pero Kiralp et al., defienden en su revisión sistemática que no ofrece beneficios como tratamiento para el SDRC.
- Crioterapia: parecería efectiva en fases iniciales como analgésico y para tratamiento del edema.
- Hidroterapia: baños de contraste frío–calor, mejorarían la circulación, alternando vasodilatación y vasoconstricción de manera continua, disminuyendo dolor y edema, pero según Lu et al., NINDS y Gierthmühlen et al., solo se utilizaría en estadios agudos para no exacerbar el dolor.
- Terapia de espejo: diez de los artículos estudiados sugieren que esta técnica surtiría beneficios en cuanto a que reduce dolor y rigidez, mejora funcionalidad, en pacientes con SDRC agudo, sobre todo. Cacchio et al., demostró que disminuye la alodinia y el dolor, y aumenta movilidad y funcionalidad.
- Graded Motor Imagery: O'Connell et al., Shah et al., Veizi et al., y Harden et al. han demostrado que mejora la funcionalidad y alivio del dolor en comparación con la fisioterapia tradicional.
- Stress Loading: Veizi et al., Shah et al., y Field et al., afirman que no hay suficiente evidencia científica para indicar que esta terapia reporte beneficios para el tratamiento del SDRC.
- Educación al paciente: Patterson et al., afirman que el entrenamiento en la mejora de la postura a través de la educación al paciente prevendría rigideces y deformaciones, así como el entrenamiento al uso de férulas funcionales y dinámicas.

5 Discusión-Conclusión

- En el abordaje del síndrome de dolor regional complejo (SDRC) sería vital realizar un tratamiento precoz, que incluyera en un principio ejercicios de movilización, prevención de deformidades y disminución del dolor y del edema, complementado con tratamiento farmacológico y/o tratamiento médico intervencionista que coayuden a reducir los síntomas del paciente y permitieran llevar a cabo el tratamiento de fisioterapia. Por tanto, la actuación debería ser desde un equipo multidisciplinar, que también aúne terapia psicológica y terapia ocupacional.
- Entre los diversos tratamientos que conforman el abordaje del SDRC, la fisioterapia sería uno de los pilares básicos en la recuperación del paciente, según la bibliografía consultada.
- Se podría confirmar que las técnicas de fisioterapia con mayor efectividad y

más fuerte evidencia científica tienen son la terapia en espejo, el graded motor imagery y los ejercicios de desensibilización al dolor, que mejoran el dolor a través de las reorganizaciones corticales a nivel central y de las vías descendentes medulares inhibitorias del dolor. Así mismo, técnicas de electroterapia, como las corrientes interferenciales o el láser de intensidad baja, han demostrado que reducirían la inflamación y el edema.

- Se ha hallado controversia y muy bajo nivel de evidencia en técnicas de electroterapia como los ultrasonidos o la magnetoterapia, y técnicas de terapia manual como el drenaje linfático manual, así como mayor controversia todavía en la aplicación de técnicas como la acupuntura.

6 Bibliografía

1. O'Connell NE, Wand BM, McAuley J, Marston L, Moseley GL. Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain síndrome - an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Rev. 2013; .

2. Veizi IE, Chelimsky CT, Janata WJ. Chronic Regional Pain Syndrome: What Specialized Rehabilitation Services Do Patients Require? Curr Pain Headache Rep. 2012; 16(2):139–46.

3. Harden, R. N. et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for complex regional pain syndrome. Pain. 2010 ;150 (2): 268–274.

4. Porro Novo J, Estévez Perera A, Garrido Suárez B, Rodríguez García A, Prada Hernández DM. Enfoque rehabilitador del síndrome de dolor regional complejo tipo I. Rev Cubana de Reumatología. 2012; 16 .

5. Lu YM, Fu LX, Mu J, Xu HJ, Qi Y. Acupuncture for post stroke shoulder hand syndrome: A systematic review. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine. 2009; 9 (9):976–8.

6. Gierthmühlen J, Binder A, Baron R. Mechanism – based treatment in complex regional pain syndromes. Nat . Rev. Neurol. 2014; 10(9):518-28.

Capítulo 312

FRACTURA PERTROCANTÉREA EN PACIENTE GERIÁTRICO. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA

JUAN DÍAZ LORENZO

FERNANDO ARIAS GOMEZ

YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ

MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ

CORTES ARENAS DEL SALTO

1 Introducción

La fractura de cadera es un diagnóstico que hace referencia a las fracturas que se producen en el extremo proximal del fémur. La articulación de la cadera es una enartrosis, de tipo diartrosis, formada por la cabeza del fémur y el acetábulo o cavidad cotiloidea. La cadera es la articulación más estable del cuerpo, ya que posee movilidad en los tres ejes del espacio.
Dependiendo de la localización y relación con la cápsula articular, distinguimos entre fracturas intracapsulares y fracturas extracapsulares:
- Extracapsulares: pertrocantérea y subtrocanterea, además de las de trocánter mayor y menor.
- Intracapsulares: capital, subcapital, transcervical y basicervical. El principal problema de estas fracturas es el riesgo de necrosis, debido a que se compromete la vascularización de la cabeza femoral.

- Las más frecuentes son las fracturas pertrocantéreas (50 %), seguidas de las subcapitales (40%).

Para el diagnóstico de las fracturas de cadera se debe realizar una correcta anamnesis, y confirmar este diagnóstico mediante un estudio radiológico con proyecciones anteroposterior y axial de la cadera. En cuanto a la clínica, suele aparecer un dolor muy intenso en la región glútea e inguinal, junto con impotencia funcional y acortamiento y rotación externa de la extremidad afectada. Existen dos tipos de tratamiento, en la mayoría de los casos será quirúrgico, donde existen múltiples formas de abordaje, y tratamiento conservador.

Un porcentaje muy alto de las fracturas de cadera en los pacientes mayores, son como consecuencia de tropiezos o caídas, que normalmente son traumatismos de baja energía. De forma habitual, estas caídas se producen en el propio domicilio y es debido en gran parte a los factores de riesgo que presentan los ancianos.

Algunos de los mismos son:

- Edad: a partir de 65 años.
- Sexo: alrededor del 75% se produce en mujeres.
- Osteoporosis, demencia.
- Caídas de repetición, discapacidad visual, gran cantidad de fármacos, etc.

Debido al envejecimiento de la población, la fractura de cadera constituye un problema importante a tener en cuenta, ya que es una patología muy frecuente en el paciente mayor y un motivo de cirugía. Este tipo de fracturas generan un aumento de la morbilidad y mortalidad, siendo el motivo de hospitalización más común en los servicios de urgencias. Este tipo de fractura, no solo afecta a nivel ortopédico, sino que repercute en otras áreas como medicina interna, psiquiatría, trabajo social, cuidados de enfermería. Todo esto supone un aumento del coste socioeconómico.

2 Objetivos

Los objetivos marcados en el caso clínico son los siguientes:

- Objetivo principal: abordaje de una fractura pertrocantérea de cadera en el paciente anciano.
- Objetivos secundarios: tratamiento de esta patología en función de la información obtenida en la valoración y teniendo en cuenta los antecedentes y patologías previas del paciente geriátrico.

3 Caso clínico

Mujer de 81 años, derivada por el médico rehabilitador debido a fractura pertrocantérea izquierda de tres meses de evolución. La paciente estaba en casa, entró desde el patio y cayó al suelo (cree que tropezó). No pérdida de conciencia ni otros síntomas. Es intervenida quirúrgicamente con colocación de clavo gamma, ha presentado inmovilización debida a proceso de consolidación ósea, actualmente no ha iniciado la deambulación, por lo que acude en silla de ruedas. Índice Barthel (51/100); y destacar HTA, diabetes tipo II, hiperuricemia, fibrilación auricular.
En la exploración física la paciente refiere dolor en la región inguinal izquierda EVA 2/10. Existe limitación en la amplitud articular tanto en la flexión de cadera 60º izq. (100º der); abducción 20º (45º der). Presenta gran debilidad de los músculos psoas y glúteos, según la escala de Daniels 3/5, y la imposibilidad para la marcha, así como dependencia para la mayoría de las ABVD. En general existe una debilidad generalizada en el MMII izquierda como consecuencia de la inmovilización. La radiografía muestra una correcta alineación de los segmentos óseos, lo que nos indica que nuestra paciente puede comenzar con la carga de peso de manera progresiva.
Respecto al tratamiento en primer lugar comenzaremos con técnicas para reducir el dolor como son TENS analgésicos, amasamientos, onda corta pulsátil.
Es muy importante el fortalecimiento muscular, donde comenzaremos con ejercicios isométricos, y se irá incrementando la carga, la intensidad y el tipo de ejercicio (activos libres, concéntricos y excéntricos, activos-resistidos) progresivamente. Un pilar muy importante de nuestro tratamiento va a ser el ejercicio terapéutico donde pondremos especial importancia en la reeducación de la marcha, así como levantarse y sentarse de la silla, escaleras, obstáculos en el suelo, ya que es fundamental para que nuestra paciente sea más independiente en sus actividades de la vida diaria. Para la reeducación de la marcha comenzamos en paralelas y según la evolución de nuestra paciente seguiremos avanzando en el tratamiento.
Combinando estos aspectos, junto con el trabajo en casa por parte del paciente, donde también es importante el apoyo familiar, esperamos aumentar la independencia y reducir la sintomatología.

4 Discusión-Conclusión

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida en España se sitúa en 82.87 años, esto unido con el descenso de la natalidad, hace

que las personas mayores representen un gran grupo poblacional. Este envejecimiento de la población tiene una serie de consecuencias, entre las que destaca un incremento de la demanda sanitaria. La fractura de cadera es un ejemplo de este aumento de demanda sanitaria.

En España la incidencia de las fracturas de cadera ha ido aumentando desde los años noventa hasta la actualidad, llegando alrededor de 40.000 casos anuales, convirtiéndolo en un problema de gran magnitud. Para el diagnóstico, es necesario realizar una correcta exploración del paciente y ayudadnos de técnicas de imagen, como la radiografía, resonancia magnética o tomografía axial computarizada.

Como conclusión general, tras el desarrollo del caso clínico, se ha podido comprobar el largo proceso de rehabilitación en el paciente anciano de la fractura de cadera. La fisioterapia ha demostrado una gran eficacia en la recuperación funcional de este tipo de lesiones y por lo tanto permite disminuir el tiempo de ingreso hospitalario y reducir costes económicos/sanitarios. Es fundamental un trabajo multidisciplinar y coordinado entre los distintos profesionales involucrados en la recuperación del paciente, así como un apoyo familiar y social.

5 Bibliografía

1. Alonso, M. L., Fau, C. B., de la Osa Callejero, I., Cabeza, L. G., Conil, M. P., & López, S. B. (2021). Estudio epidemiológico de las fracturas de cadera en la población mayor. Revista Sanitaria de Investigación, 2(11), 166.

2. Vidan Astiz MT, González de Villaumbrosía C. Fractura de cadera. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatría en atención primaria. 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 255-261.

3. Álvarez San Martín, R., & Velutini Kochen, J. A. (2010). Anatomía de la cabeza femoral humana: Consideraciones en ortopedia, parte I. Anatomía y relaciones antropométricas del fémur proximal. International Journal of Morphology, 28(2), 427-431.

4. Muñoz S, Lavanderos J, Vilches L, Delgado M, Cárcamo K, Passalaqua S, et al. Fractura de cadera. Cuad Cir. 2008; 22:73-81

5. García S, Plaza R, Popescu D, Estaban PL. Fracturas de cadera en las personas mayores de 65 años: diagnóstico y tratamiento. Jano. 2005;69(1574):23-29.

6. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en los Hospitales del SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_comentadas_01.pdf

7. Estrada-Masllorens JM, Cabrera-Jaime S. Ensayo clínico aleatorizado sobre el control del dolor en las fracturas pertrocantéreas de fémur mediante el uso o no de tracción cutánea. Enferm Clin. 2011. doi:10.1016/j.enfcli.2011.05.006.
8. Marín-Peña, O., Fernández-Tormos, E., Dantas, P., Rego, P., & Pérez-Carro, L. (2016). Anatomía y función de la articulación coxofemoral. Anatomía artroscópica de la cadera. Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular, 23(1), 3-10.
9. Avellana Zaragoza, J. A., & Ferrández Portal, L. (2018). Guía de buena práctica 808 clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera.
10. Parker M, Johansen A. Hip fracture. BMJ 2006;333:27-30

Capítulo 313

FISIOTERAPIA: EDUCANDO EN EL POSTPARTO

JUAN DÍAZ LORENZO

FERNANDO ARIAS GOMEZ

YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ

MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ

CORTES ARENAS DEL SALTO

1 Introducción

En el embarazo, el cuerpo de la mujer cambia profundamente. En el parto y el postparto también continúan las condiciones que pueden desembocar en problemas como dolores de espalda y alteraciones en el suelo pélvico.
Las lesiones del suelo pélvico en diferentes grados son la norma después del parto, ya que el paso de la cabeza fetal a través de sus estructuras músculo aponeuróticas las distiende y desgarra. Estas lesiones son más intensas en partos de fetos macrosómicos, partos instrumentales, partos con rotación o deflexión de cabeza, etc.
No recuperar adecuadamente estas estructuras en el postparto puede generar problemas como la incontinencia urinaria, prolapsos o disfunción sexual, ya que esta zona quedará debilitada y los incrementos de presión abdominal (por ejemplo, al andar, hacer ejercicio) encontrarán una zona de escape, produciéndose progresivamente una distensión y descenso progresivo del suelo pélvico.

La fisioterapia obstétrica posee diversas herramientas para orientar y preparar a la gestante durante todo este proceso, con el objetivo de reducir y/o evitar posibles complicaciones que pueden desarrollarse en esta etapa tan importante en la mujer.
En el presente capítulo se describirán cuáles son las técnicas y los objetivos que la fisioterapia obstétrica abordará en las pacientes en el período del postparto.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la fisioterapia obstétrica.
- Exponer las actuaciones adecuadas y los objetivos fisioterapéuticos en el postparto.

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

Vamos a hablar sobre la importancia de la fisioterapia después del parto, ya que es clave la recuperación y coger cuanto antes la rutina, en este caso la edad también es un factor a tener en cuenta, ya que las recuperaciones en pacientes de los 35 para arriba son algo más costosos, y aparte el peso. En esta etapa, las recomendaciones y la terapia de ejercicios serán las siguientes:
- Controlar la postura correcta cuando la mujer está sentada, de pie o Amamantamiento.
- Evite llevar cargas pesadas.
- No hacer ejercicios abdominales tradicionales.
- Ejercitar/esconder el suelo pélvico antes de pujar, previniendo cólicos abdominales, al levantar a un recién nacido, al toser y estornudar.
- Trate de no pasar mucho tiempo de pie.
- Se debe evitar la inmovilización para no causar problemas vasculares. Plena aplicación ejercicio cíclico. - Controlar la progresión y problemas de incisión o

desgarro de la entrepierna. Evite el sexo durante las primeras 6 semanas.
- Tomar medidas contra el estreñimiento.

La evaluación de fisioterapia posparto es la evaluación de la extensión del daño al sistema músculo-esquelético después del embarazo o, a menudo, como resultado del parto. Una vez identificada la lesión, cada mujer recibirá el tratamiento adecuado, ya sea profiláctico o curativo. El tratamiento incluirá una tabla de ejercicios para tensar y fortalecer los músculos del suelo pélvico para prevenir posibles efectos como micción, heces o flujo vaginal, así como cambios sexuales.

Este tratamiento forma parte de un plan de rehabilitación integral que incluye otros tratamientos como cicatrización y adherencia de la mano, electroestimulación, biofeedback y tratamiento estructural para reequilibrar los huesos, los músculos o el equilibrio. Aquí nos centraremos solo en algunos ejercicios que los pacientes pueden hacer de forma independiente bajo la supervisión de un fisioterapeuta.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo que acabamos de ver y es seguir puntualizando la importancia de un buen equipo fisioterapéutico para una buena recuperación del parto, al igual que para los bebes cuando nacen, ya que muchas de las lesiones tanto para la madre como para el bebe se solucionan con una buena recuperación. Las mujeres que realizan ejercicios y cuidados del suelo pélvico y abdomen tras el parto, recuperan mejor las funciones de su suelo pélvico que las mujeres que desconocen estos cuidados.

Es importante la realización de estas pautas que establecemos para la mejor recuperación y una prevención de complicaciones tales como dolor, incontinencia, anorgasmia, dispareunia y demás alteraciones.

6 Bibliografía

6 Bibliografía
1. https://medlineplus.gov/spanish/.
2. https://www.scielo.org/es/.
3. Rebecca G. Stephenson y Linda. J. O´Connor. Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología. 1ª Ed. Madrid: McGraw Hill, interamericana de España; 2003.
4. Carolina Walker. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2ªEd. Barcelona: Elsevier, España, S.L.; 2013.
5. Sternfeld B. Physical activity and pregnancy outcome. Sports Med.1997.

Capítulo 314

FISIOTERAPIA EN SÍNDROME DE DOWN: UN CASO CLÍNICO

ARANZAZU DORADO BURGOS

LAURA FUENTE GARCÍA

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

FRANCISCO FUENTES ROSA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

1 Introducción

El síndrome de Down es un trastorno genético que es producido por la alteración de un cromosoma extra o parte de este. El cuerpo humano tiene 46 cromosomas, los cuales se dividen en 23 pares. Un par de cromosomas son los que determinan el sexo del bebé. Las personas que padecen este síndrome presentan 3 cromosomas en el par 21 en lugar de los 2. A causa de esto, este síndrome es también conocido como trisomía 21.

Debemos tener en cuenta que las personas con síndrome de Down tienen discapacidad intelectual y la alteración genética humana. Esta alteración de los cromosomas es producida de forma espontánea, es decir, no exista una razón o motivo concreto que lo produzca.

Este síndrome se da en todos los países, no entiende de clases sociales. Tiene una incidencia de 1 por cada 600-700 embarazos en todo el mundo. Lo único que se ha podido demostrar es que la edad de la madre es un importante factor

de riesgo, aunque también hemos podido observar de manera muy excepcional, que un mínimo porcentaje de estos casos puede provenir por herencia de los progenitores.
Las personas con este síndrome presentan unas características comunes. Aunque también debemos tener en cuanta que cada persona es única, con una personalidad y habilidades que son propias.
Los bebés que nacen con síndrome de Down presentan cualidades físicas de su familia y su carácter, aunque también presentarán rasgos característicos de las personas con síndrome de Down. Estas personas tienen un grado de discapacidad intelectual. Sus aficiones, carácter y su personalidad son lo que les hacen personas únicas, y el grado que tengan de discapacidad es solo una cualidad más de su persona1.
El coeficiente intelectual de estas personas es normalmente bajo y presentan más lentitud cuando hablan que el resto de personas de su edad.
Las características físicas2 más comunes de estas personas con síndrome de Down son su cara es aplanada, sus ojos tienen forma de almendra y están rasgados hacia arriba, su cuello es corto, sus orejas son pequeñas, su lengua tiende a salirse de la cavidad bucal, presentan manchas de pequeño tamaño en el iris del ojo, sus manos y pies son pequeños, tienen solo el pliegue palmar en las manos, sus dedos meñiques son pequeños, su tono muscular está disminuido y la estatura es más baja tanto en edad infantil como adulta.
En nuestro país se calcula que viven unas 34000 personas con este síndrome y unos 6 millones de personas en todo el mundo.
Se estima que entre el 30% y el 40% de las personas que presentan discapacidad intelectual tienen síndrome de Down.

Su esperanza de vida ha incrementado en los últimos años, llegando hasta los 60 años, aunque en algunos casos se superan los 70 años.
El número de bebés que nacen con este síndrome ha decrecido en los últimos años. Se cree que esto es debido al alto porcentaje de las futuras mamás que deciden interrumpir el embarazo al enterarse de la probabilidad de que su bebé nazca con síndrome de Down. Este aumento de abortos por esa causa puede ser debido al cambio de mentalidad de la sociedad, a los avances médicos, con la realización de pruebas durante el embarazo y al poder adquisitivo de la mayoría de la sociedad.
También debemos destacar que este cambio de mentalidad es causado por la nueva ley del aborto en nuestro país. En el año 2010, esta ley estableció que se podía interrumpir el embarazo en las primeras 14 semanas, o en las primeras 22 semanas cuando exista algún riesgo para el bebé o la madre3.

2 Objetivos

Dar a conocer la utilidad del tratamiento fisioterapéutico para el Síndrome de Down.

3 Caso clínico

Nuestro paciente es un bebé de 11 meses con síndrome de Down, de madre de 38 años y padre de 45 años. Tiene un hermano mayor de 16 años. El bebé nació en la fecha establecida por el ginecólogo, no tuvo problemas durante el embarazo, parto por cesárea, tomó leche materna hasta los 6 meses y actualmente ya ingiere alimentos sólidos. Actualmente nuestro paciente presenta retraso motriz, debilidad muscular generalizada, hiperlaxitud, no realiza volteo, gateo y control de tronco.

Debemos tener en cuenta que a día de hoy no hay un tratamiento concreto para el Síndrome de Down. Pero también debemos saber que existen una serie de actuaciones con carácter rehabilitador que puede ayudarnos para tratar y trabajar con este tipo de pacientes. Esto les ayudará a una mejor inserción a la sociedad, aumentando su calidad de vida, y la de sus familiares.

Los fisioterapeutas trabajamos con niños con síndrome de Down para mejorar su fuerza muscular, su equilibrio, su coordinación y sus habilidades de movimiento para mejorar su independencia en sus actividades diarias y la calidad de vida. También es muy importante en estos pacientes la intervención temprana de un fisioterapeuta, ya que ayudamos a conseguir y desarrollar el máximo potencial del niño.

Por último debemos tener en cuenta que estos niños tienen escasa iniciativa, tienen poco interés a la exploración, no tienen curiosidad por conocer cosas nuevas, no controlan sus emociones. Sus respuestas son tardías, llegando a ser escasas o nulas, tienen problemas de fluidez verbal. Aunque es importante saber que comprenden más de lo que se expresan4.

Nuestro paciente vendrá a nuestra clínica 2 días a la semana, para poder trabajar con el niño e ir consiguiendo nuestros objetivos.

Nuestra propuesta de tratamiento rehabilitador desde la fisioterapia debe tener en cuenta objetivos a corto, medio y largo plazo. Uno de nuestros objetivos principales es fortalecer la musculatura esquelética del bebé para así mejorar su bajo tono muscular y así ayudarlo a acercarse a su edad motora normal.

Para aumentar su tono muscular podemos realizar un masaje en todo el cuerpo del niño con el objetivo de mejorar la oxigenación e irrigación, mejorando de esta

manera el trofismo muscular. También podemos mejorar la circulación debido a la vasodilatación que provoca la fricción de los tejidos del cuerpo.
Con el bebé tumbado en una colchoneta en el suelo podemos hacer movilizaciones pasivas de MMII para preparar al bebé para los siguientes ejercicios. También podemos realizar movilizaciones pasivas de MMSS. Sería positivo que en estas movilizaciones el niño nos ayudara en el movimiento.
Después utilizaremos un balón de Bobath para trabajar actividades motrices básicas, como son el equilibrio en sedestación. En decúbito prono podemos estimular el reflejo de paracaídas. Y en la posición de decúbito supino potenciaríamos los abdominales, esto nos ayudaría a mejorar el equilibrio estático y dinámico del bebé.
Para realizar estos ejercicios podemos usas pelotas de diferentes tamaños y formas, y podemos ir facilitando o dificultando el ejercicio cambiando al bebé de posición.
Aunque en nuestra clínica no podemos hacer uso de la hidroterapia, podemos indicar a los padres los distintos ejercicios que se pueden hacer con el bebé. Es una buena forma de fomentar el contacto del bebé con sus padres. La hidroterapia se la recomendamos a los papás en los días que no vienen a la clínica a la sesión de rehabilitación.

4 Discusión-Conclusión

Como ya hemos dicho anteriormente, el síndrome de Down no tiene un tratamiento concreto. No se le reconoce como una enfermedad, sino que es una alteración de sus cromosomas. Esto hace que las personas con síndrome de Down tengan unas u otras diferentes características.
Las diferentes asociaciones y fundaciones de personas con Síndrome de Down y sus familias hacen y apoyan diversos programas de inclusión para estas personas y para que tengan una educación especial. Gracias a esto podrán formarse, desarrollar y mejorar sus facultades, llegando a conseguir un puesto cualificado.
El Síndrome de Down se puede prevenir solo en los casos que es de tipo hereditario. Si uno de sus progenitores es portador de este cromosoma, con la ayuda de un análisis genético podemos saber la probabilidad que tendrían sus futuros hijos de tener este síndrome. Aunque la mayoría de estos casos no se pueden prevenir, ya que es casualidad. En este tipo de caso se pueden hacer pruebas prenatales en los primeros meses del embarazo, con analíticas en primer lugar o una amniocentesis, para poder conocer la posible alteración en los cromosomas del futuro bebé.

Sabemos que su esperanza de vida ha aumentado en los últimos años y que cada vez existen más personas con una edad más avanzada. Esto podría plantearnos un reto para la sociedad, para la inclusión de este tipo de personas.
Los diferentes especialistas médicos deben prestar atención a las personas con este síndrome, como en pacientes con diferentes patologías agudas y crónicas, para hacer un buen seguimiento para que tengan un envejecimiento saludable.
Son muy importantes llevar una dieta saludable, realizar ejercicio físico y rehabilitación, como en el resto de personas que no presentan este síndrome.
Diversos estudios nos cuentan que las personas que tienen este síndrome son menos propensos que el resto de personas que no lo tienen a padecer en su edad adulta problemas como la hipertensión, la arteriosclerosis o la presencia de ciertos tipos de cáncer o tumor5.

5 Bibliografía

1. Síndrome Down: DOWN España [Internet]. Sindromedown.net. Disponible en: https://www.sindromedown.net/sindrome-down/
2. CDC. Información sobre el síndrome de Down [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. Disponible en: https://www.cdc.gov.ncbddd/spanish/birthdefects/downsyndrome.html
3. Síndrome de Down: Prevalencia y evolución en la población actual [Internet]. MentSalud. 2021. Disponible en: https://www.mentsalud.com/sindrome-de-down-prevalencia-y-evolucion-en-la-poblacion-actual/
4. Castellanos J. Síndrome de Down. Tratamiento y ejercicios en fisioterapia [Internet]. FisioOnline. Disponible en: https://www.fisioterapia-online.com/articulos/sindrome-de-down-tratamiento-y-ejercicios-en-fisioterapia
5. Síndrome de Down [Internet]. Funcacioncaser.org.2018. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/discapacidad/psiquica-intelectual/sindrome-de-down?gclid=EAIaIQobChMIkIyPiPbr-QIVzIxoCR1o2gJ7EAMYASAAEgJ0rvD_BwE

Capítulo 315

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA DE LA ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (LCA) DE RODILLA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ARANZAZU DORADO BURGOS

LAURA FUENTE GARCÍA

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

FRANCISCO FUENTES ROSA

1 Introducción

El ligamento cruzado anterior (LCA) es el ligamento de mayor importancia en la rodilla junto con el ligamento cruzado posterior. A nivel biomecánico, es el principal estabilizador de la rodilla en las acciones que incluyen el miembro inferior como saltar, correr, aterrizar y ejecutar cambios de ritmo y dirección.
El ligamento cruzado anterior (LCA) es una estructura dentro de la articulación de la rodilla situada de posterior hacia anterior. Se inicia en el cóndilo externo del fémur y su inserción se ubica anterior-medial en la parte interior-medial de la tibia.
Además, ambos ligamentos cruzados de la rodilla tienen la función de propiocepción/órganos sensores, informando así para la activación de los músculos. Esto repercute sobre la posición de las superficies articulares, la dirección, la tensión

y las fuerzas de la rodilla. El LCA impide el desplazamiento anterior de la tibia respecto al fémur y regula en cierta parte el varo/valgo y las rotaciones.
Hay múltiples causas por las que el ligamento cruzado anterior se llega a dañar. El porcentaje de mujeres que sufren su ruptura es mayor que en hombres.
A lo largo del tiempo se ha estudiado el abordaje de fisioterapia para esta lesión dada su alta gravedad y largo tiempo de recuperación, es imprescindible encontrar el tratamiento más eficaz para la recuperación del paciente.

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica actual sobre la rehabilitación tras la ruptura del ligamento cruzado anterior.
- Analizar el abordaje de fisioterapia para la ruptura del ligamento cruzado anterior.

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:
“Anterior cruciate ligament”, “Knee”, “Exercise Treatment”, “Load Management”, “Injuries”, “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

Existen diversos factores que se tendrán en cuenta ante la ruptura del LCA para decidir si el paciente debería operarse o no. Para ello, será fundamental tener en

cuenta la estabilidad de la rodilla lesionada y su funcionalidad. Además, habrá que ponerlo en relación con la situación personal de cada paciente.
El abordaje de fisioterapia debe ser individualizado, se tendrá en cuenta: el tipo de operación/intervención realizada o si por el contrario es tratamiento conservador, el estado previo del paciente y sus metas futuras.
Se deben crear tratamientos que mejoren la funcionalidad de la rodilla afectada, evitando así recidivas. Aumentar el rango de movimiento de flexo-extensión de la rodilla será clave antes de que aparezcan rigideces o adherencias. Se restaurará la estabilidad de la rodilla afectada trabajando la fuerza con ejercicio terapéutico.
La rehabilitación ha avanzado a lo largo de los años para que esta lesión grave tenga cada vez una recuperación más segura y temprana. Se realiza una movilización pasiva y activa en menor tiempo, a la vez que se busca llegar a la extensión completa de rodilla e incrementar la carga en el miembro afectado.
El trabajo de fortalecer la musculatura progresivamente y los ejercicios propioceptivos permiten alcanzar una estabilidad más activa y dinámica. No obstante, cada paciente y su lesión puede variar el tratamiento y los plazos de recuperación, siempre dentro de unos criterios de progresión óptimos.
En la fase preoperatoria se debe reducir la inflamación, calmar el dolor y restablecer el rango articular de movimiento para intentar movilizar la rodilla lo antes posible y disminuir la pérdida de masa muscular.
Tras la cirugía se debe eliminar la inflamación y drenar el edema, disminuyendo también el dolor. Así, el paciente comenzará a movilizar la pierna, ya que el dolor puede inhibir la actividad de la musculatura.
Se puede utilizar crioterapia, terapia manual, drenaje y movilización pasiva en un primer estadio. La electroestimulación favorecerá la contracción muscular.
El paciente puede iniciar a contraer cuádriceps y movilizar activamente la flexo extensión de tobillo para el drenaje del edema. La extensión completa de rodilla debe ser uno de los primeros objetivos una vez se hayan alcanzado los mencionados anteriormente. La rótula debe moverse libremente sin adherencias y debe ascender al realizar la activación cuadricipital para la extensión de la pierna.
A partir de aquí se trabajará y mejorará la progresión de apoyo parcial hasta llegar al apoyo total. Con ello se podrá evolucionar para la reeducación de la marcha.
Se debe trabajar el control neuromuscular voluntario por parte del paciente a través de EMS y biofeedback como técnicas avanzadas para combinar con el trabajo de fuerza con ejercicios isométricos, concéntricos y excéntricos.
Por último, se realizarán sesiones de protocolos de propiocepción, trabajo de fuerza con carga adicional y ejercicios pliométricos similares a gestos biomecáni-

cos que puedan ser lesivos si son mal ejecutados, como los aterrizajes a una pierna. De esta forma, se favorece la confianza y seguridad del paciente para volver a su vida diaria/práctica deportiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el ligamento cruzado anterior es una de las lesiones más graves que puede sufrir un paciente. El porcentaje de mujeres que sufren esta lesión es mayor. Es fundamental trabajar en la prevención y realizar un óptimo abordaje terapéutico. Con ello evitaremos un gran número de lesiones y acortaremos tiempo y calidad a la recuperación.
El protocolo de rehabilitación debe guiarse por unos criterios comunes, aunque el abordaje fisioterápico siempre se debe adaptar a cada paciente y su situación personal. Ganar el rango articular previo a la lesión, trabajar la fuerza y mejorar el rendimiento a nivel funcional de la rodilla serán objetivos claves para la recuperación total del paciente. Se favorecerá a que gane mayor confianza y seguridad para volver a realizar su práctica deportiva y/o las actividades de la vida diaria.

6 Bibliografía

1. van Melick N, van Cingel REH, Brooijmans F, Neeter C, van Tienen T, Hullegie W, et al. Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. Br J Sports Med 2016;50(24):1506–15.
2. Kruse LM, Gray B, Wright RW. Rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review: A systematic review. J Bone Joint Surg Am 2012;94(19):1737–48.
3. Failla MJ, Arundale AJH, Logerstedt DS, Snyder-Mackler L. Controversies in knee rehabilitation: anterior cruciate ligament injury. Clin Sports Med 2015;34(2):301–12.
4. Yabroudi MA, Irrgang JJ. Rehabilitation and return to play after anatomic anterior cruciate ligament reconstruction. Clin Sports Med 2013;32(1):165–75.
5. Filbay SR, Grindem H. Evidence-based recommendations for the management of anterior cruciate ligament (ACL) rupture. Best Pract Res Clin Rheumatol 2019;33(1):33–47.
6. Carter HM, Littlewood C, Webster KE, Smith BE. The effectiveness of preoperative rehabilitation programmes on postoperative outcomes following an-

terior cruciate ligament (ACL) reconstruction: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord 2020;21(1):647.
7. Arundale AJH, Bizzini M, Giordano A, Hewett TE, Logerstedt DS, Mandelbaum B, et al. Exercise-based knee and anterior cruciate ligament injury prevention. J Orthop Sports Phys Ther 2018;48(9)1–42.
8. Glattke KE, Tummala SV, Chhabra A. Anterior cruciate ligament reconstruction recovery and rehabilitation: A systematic review. J Bone Joint Surg Am 2022;104(8):739–54.

Capítulo 316

EL FISIOTERAPEUTA ANTE UN POLITRAUMATISMO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

ALBA ROJO DEL CAMPO

1 Introducción

Un traumatismo es una entidad que puede ser definida como la lesión que es causada por la exposición aguda a una energía que esta puede ser el calor, la electricidad o alguna energía cinética que tiene que intervenir en una colisión, alguna caída o en un impacto. Está considerada una de las principales causas de mortalidad entre la población y según el tipo de traumatismo, esto ocurre de forma habitual con los accidentes de tráfico. Estos propician, también un costoso tratamiento considerando la gravedad que se genere en el traumatismo, la recuperación si es lenta y que en ella ocurra la existencia de posibles complicaciones y de unos cuidados que sean específicos tanto para el paciente como para sus familiares y que necesite la implicación de otros especialistas en su recuperación como la figura del fisioterapeuta y los servicios del rehabilitador y la rehabilitación en el hospital tanto durante el ingreso del paciente como posteriormente

en su alta domiciliaria, con el consiguiente traslado diario a los servicios externos de rehabilitación para que este pueda incorporarse con éxito a la realización de su vida diaria con plenas facultades y en las mejores condiciones después de haber sufrido un politraumatismo de distinta gravedad.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar el papel del fisioterapeuta en el paciente que ha sufrido un politraumatismo y necesita de rehabilitación para incorporarse a la vida diaria.

3 Caso clínico

Óscar ingresa en los servicios de urgencias después de haber sufrido un accidente de tráfico en una ambulancia, entra inconsciente por un politraumatismo, después de la exploración clínica y vairas pruebas de imagen se decide su ingreso en la unidad de cuidados intensivos porque ha sufrido con el impacto una parada cardio respiratoria.
Tras los primeros cuidados y limpiezas de las heridas, Óscar ha sufrido 14 fracturas en distintas partes del cuerpo de diversa consideración, ninguna de ellas reviste gravedad por lo que es trasladado a la planta de traumatología, necesitando de una cma autorest por la escasa movilidad que representa durante los 21 días que tiene que permanecer ingresado. Durante su estancia en el hospital se resuelven parte de sus fracturas y es dado de alta a su domicilio para su recuperación.
Cuando acude a los servicios externos de rehabilitación, acude en camilla y su movilidad es escasa, puesto que las fracturas, han dejado poca maniobra a Óscar, todavía mantiene dolor por lo que el fisioterapeuta empieza diariamente y durante dos horas durante dos meses con sesiones de movimientos pasivos de miembros y articulaciones, las manos las empieza a mover con ayudas de medios externos como pelotas y movimientos de agarre, a los 15 días puede iniciar la sedestación sin ayuda, contando con la juventud de 23 años y su capacidad física puede caminar con dificultad al mes de iniciar la rehabilitación y sin ayuda a los 45 días. La incorporación a su vida diaria con ayuda del fisioterapeuta la puede comenzar a los tres meses de realizar la rehabilitación diaria con algunas limitaciones y espaciando la fisioterapia a días alternos para que pueda mejorar su calidad de vida.

4 Discusión-Conclusión

El paciente politraumatizado debe analizarse caso por caso por que nunca tiene las mismas lesiones, depende su recuperación del tiempo que permanezca ingresado y sobre todo del tiempo que se prolongue en la unidad de cuidados intensivos o del tiempo que precise no tener movilidad para su recuperación debido a que debe de consolidad las fracturas. También se puede complicar la recuperación porque el apoyo que necesita de otras partes del cuerpo también esté afectado y necesite de varias al mismo tiempo. Son pacientes que necesitan de bastante tiempo de recuperación para poder iniciar una vida con calidad diaria.

5 Bibliografía

Silva, M. R., Anzolin, R. M., Claro, T. C., & de Medeiros, T. C. (2018). Efeitos deletérios: ausência da cinesioterapia na mobilidade articular em politraumatizado. Fisioterapia em Movimento (Physical Therapy in Movement), 21(2).

Capítulo 317

EL FISIOTERAPEUTA EN LA INTERVENCIÓN EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

ALBA ROJO DEL CAMPO

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

1 Introducción

La esclerosis múltiple está considerada una enfermedad autoinmune, con un carácter crónico, inflamatorio, desmielinizante del sistema nervioso central que tiende a presentarse en los individuos que están geneticamente susceptibles y que tienden a involucrarse a los factores inmunológicos como son los anticuerpos, complementos y los mediadores de la respuesta inmune innata.
Se puede considerada que está dentro de las enfermedades desmielinizantes con un carácter inflamatorio e idiopáticas, constituyendo una de las causas que se consideran más frecuentes de la discapacidad neurológica en los adultos jóvenes. La mitad de los pacientes son incapaces de andar a los 15 años después del inicio de la enfermedad.

Se ha caracterizado por tener ataques recurrentes de manera multifocal con signos y síntomas con un carácter neurológico, que implica varios grados variables en su recuperación. El diagnóstico de la esclerosis múltiple se considera difícil, puesto que hay que considerar un número grande de padecimientos que hace que se curse con datos parecidos a esta patología.
Los exámenes clínicos que pueden ser útiles para el diagnóstico de esta enfermedad es el estudio citoquímico del líquido céfaloraquideo con la determinación de bandas oligoclonales y los potenciales evocados. Esta enfermedad requiere de la intervención del fisioterapeuta desde el inicio del diagnóstico de la enfermedade.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar el papel del fisioterapeuta ante la esclerosis múltiple en un paciente adulto joven.

3 Caso clínico

Álvaro tiene 29 años, es electricista, acude a su médico de atención primaria porque tiene problemas de movilidad en una pierna, parece que lleva un par de meses con problemas, no le duele, pero le cuesta como que moverla o no se mueve como él quiere, esto cuenta en su relato, en la exploración clínica se observa falta de reflejos en la rodilla y se deriva al neurólogo. Tras varios meses y distintas pruebas médicas, un estudio de principios de potenciales evocados dan con un diagnóstico de esclerosis múltiples. Se inicia de inmediato un tratamiento mixto de medicación con una farmacología experimental pionera que intenta avanzar la enfermedad y acude diariamente a un hospital de día durante cuatro horas para realizar ejercicios con un fisioterapeuta. Estos ejercicios consisten en mantener la marcha, la bipedespación y las actividades del aseo diario y prolongarlo en su vida diaria lo máximo posible, acompañado también de terapia en grupo donde se trabaja la psicomotricidad fina para poder realizar ejercicios de pinzas con la mano y poder retrasar el avance de la enfermedad todo lo posible. Álvaro en casa, ya en la tarde recibe por parte de su padre los ejercicios pasivos que le ha indicado el fisioterapeuta de una forma segura continuando así un estancamiento de las condiciones físicas del paciente reteniendo la enfermedad en el tiempo lo máximo posible tanto fisicamente como las funciones cognitivas estableciendo y alargando la calidad de vida del paciente y sobre todo de sus cuidadores principales que van adaptandose poco a poco al mismo tiempo que la vivienda a

las necesidades del paciente con esclerosis múltiple. La intervención del fisioterapeuta es principal para poder sujetar el avance de la enfermedad.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple necesita necesariamente de una intervención por parte de la figura del fisioterapeuta desde el diagnóstico, esta figura le va a acompañar, normalmente a través de los centros de día donde van a realizar de forma individual rehabilitación y también de forma conjunta con la figura del terapeuta ocupacional y del psicólogo. Estas figuras actúan de forma conjunta para prolongar como primer objetivo la calidad de vida de estos pacientes y sobre todo para poder enseñar y apoyar a las familias en estos trances tan duros de aceptación de la enfermedad y durante todo el proceso hasta el desenlace final.

5 Bibliografía

Porras-Betancourt, M., Núñez-Orozco, L., Plascencia-Álvarez, N. I., Quiñones-Aguilar, S., & Sauri-Suárez, S. (2017). Esclerosis múltiple. Rev Mex Neuroci, 8(1), 57-66.

Capítulo 318

EL FISIOTERAPEUTA EN LA RECUPERACIÓN EN REHABILITACIÓN DE UNA LUMBALGIA

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ALBA ROJO DEL CAMPO

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

1 Introducción

El dolor que aparece en la región baja de la columna vertebral y puede constituir una de las causas más frecuentes de las demandas por accidente de trabajo, se presenta aproximadamente en un 90% de la población adulta en uno u otro momento de su vida y por regla general ocurre de forma recurrente. Según la Organización Mundial de la Salud está considerada la primera causa de las consultas de primaria a nivel mundial, pero solo va a requerir de cirugía en un 5% de los casos.

En el resto de los casos requiere de la actuación de los servicios del fisioterapeuta en los servicios externos de rehabilitación del hospital de referencia. En los servicios de los centros de salud de referencia de los usuarios en los últimos años se

está prestando este servicio de forma continuada con muy buenos resultados y no saturar los hospitales.

La lumbalgia aguda puede irradiar a los miembros inferiores y limita la actividad diaria durante un período inferior a los tres meses, por lo general mejora en el 90% de los pacientes en las primeras seis semanas, aún sin tener un diagnóstico etiológico. El dolor lumbar crónico se extiende más allá de los 3 meses.

2 Objetivos

El objetivo es mostrar el papel del fisioterapeuta en una lumbalgia crónica en los servicios de rehabilitación externos del hospital.

3 Caso clínico

Lara tiene 40 años, acude a los servicios de urgencias de su hospital de referencia por presentar una lumbalgia de origen brusco al intentar agacharse por una barra mientras trabajaba de camarera en el bar de sus padres. Tras la administración de medicación intravenosa y la realización de placas donde se aprecia el aplastamiento de las vértebras lumbares donde se deriva a la consulta con el rehabilitador para que valore si necesita sesiones con el fisioterapeuta. Este pauta 10 sesiones en el gimnasio, donde el fisioterapeuta enseña a Lara ejercicios de estiramiento lumbar que debe de realizar diariamente en su casa, también pone durante 20 minutos los tens, para mitigar el dolor de la zona, empezando con la aplicación de bandas locales de calor nunca por más de 15 minutos. A Lara se le enseñan posturas para agacharse, coger peso y para deambular de forma correcta. Tras la realización de las sesiones oportunas Lara ha mejorado considerablemente y se le decide dar el alta con el compromiso de realizar de forma diaria al levantarse los ejercicios de estiramiento en tabla para fortalecer la musculatura lumbar, no obstante, Lara acudirá de forma anual a través de los servicios de rehabilitación públicos de salud a sesiones de recuerdo anuales con calor láser y ejercicios y pautas de forma pasivos para poder reforzar la zona y que le sirvan de recuerdo y que no empeore y poder prevenir que puedan suceder ataques de lumbalgia para poder mantener una calidad de vida buena y saludable por tener una edad joven y no empeorar con los embarazos y el peso que supone esto y con el parto y la crianza de los hijos y el considerable paso del tiempo.

4 Discusión-Conclusión

Aunque existen varias formas de clasificar las lumbalgias, están tienen todas el mismo tratamiento, el de primera orden es el farmacológico que consiste en tratamiento analgésico y relajante muscular para distendir la musculatura de la zona y poder hacer que el analgésico funcione. Cuando la crisis es superada deben de realizarse ejercicios de prevención de la zona para fortalecer la musculatura, aplicar a la zona afectada calor y ser constante en los estiramientos y calentamiento de la zona al levantarse por la mañana para poder prevenir que se repitan la crisis de las lumbasgias que tanto limitan la vida diaria.

5 Bibliografía

Garro Vargas, K. (2021). Lumbalgias. Medicina Legal de Costa Rica, 29(2), 103-109.

Capítulo 319

RADIOLOGÍA PORTÁTIL

FELIX VILLAFRANCA CASANOVES

JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

1 Introducción

Pocos descubrimientos han tenido un mayor impacto en el mundo de la medicina y han supuesto un mayor avance para el conocimiento humano que los Rayos-X, gracias al alemán Conrad Rontgen, que le valió el Nobel de Física y supuso una gran revolución a finales del siglo XIX ya que permitió el estudio del interior del cuerpo humano sin necesidad de abrirlo.

Pocos años después alcanzó otra dimensión con la aparición del primer aparato de Rayos-X portátil. Su inventor fue un manchego, Mónico Sanchez (1880-1961) nacido en la localidad de Piedrabuena (Ciudad Real), gracias a una carrera de tesón, valentía, capacidad de sacrificio y emprendimiento pasó de tener un negocio de ultramarinos en San Clemente (Albacete) a codearse con los magos de la electricidad del momento, Edison y Tesla, en pleno Nueva York de principios del siglo XX, es en la ciudad estadounidense donde en 1907 obtiene el título de ingeniero y donde inventa el primer aparato portátil de Rayos-X de la historia.

Su invento, de apenas 10kg de peso, revolucionó la medicina del momento dado que el aparato también tenía aplicaciones en electroterapia y cauterización, además, su fácil transporte permitía a los médicos atender con mejores recursos a sus pacientes, (Guerra Civil española y Primera Guerra Mundial).

Tras conquistar América regresó a su pueblo de apenas 4.000hab para construir el primer laboratorio de electricidad de España un proyecto que sólo cuajó a medias por culpa de la guerra civil que asoló nuestro país.

2 Objetivos

_ Valorar como la radiología portátil mejora la atención y ofrece una pronta respuesta a la demanda de radiografías en pacientes con movilidad reducida, convalecientes en Ucis.. etc..

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se ha utilizado una busqueda en diferentes webs, y se han llevado a cabo una consulta de artículos en los principales buscadores.

4 Resultados

_ Las exploraciones con equipos portátiles se piden cuando el paciente no puede ser trasladado a una sala convencional de Rayos X debido a su estado físico, enfermedad, por riesgo de contagio, debido a un traumatismo o una cirugía, también cuando se encuentra guardando una cuarentena o por algún aislamiento (contacto, respiratorio..)
Siempre hay que aplicar el criterio ALARA, es decir, utilizar las radiaciones ionizantes tan bajas como sea posible. Ya que los exámenes portátiles suponen para el profesional que las realiza una mayor exposición a la radiación, deben ser solicitadas sólo cuando sean realmente necesarias
Es por tanto responsabilidad del médico que lo solicita ya que produce mas exposición a la radiación y la calidad final es de menor calidad que en una sala de Rayos X. Hay dos tipos de rayos portátiles en función del tiempo de exposición (Ánodo fijo y Ánodo rotatorio) siendo esté último capaz de disipar mas energía calorífica a igual tiempo y por tanto se consiguen tiempos de exposición mucho mas cortos.
La radiografía portátil de Tórax es de gran importancia ya que permite evaluar aspectos importantes de la enfermedad del paciente y ver si el mismo necesita de una monitorización o que tipo de tratamiento requiere.

La radiología portátil puede ser utilizada para realizar radiografías simples y también existen los equipos portátiles de fluoroscopia como son los arcos en C utilizados en quirófanos y pruebas especiales.
La radiología portátil es fundamental para comprobar si una sonda nasogástrica está bien colocada ya que de ello dependerá que se pueda iniciar una nutrición, además podemos atender de manera urgente las peticiones que se realicen en el servicio de urgencias y en las diferentes plantas hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

_ En resumen, es muy importante contar en todos los hospitales con equipos de Rayos X portátiles para atender a los pacientes que se encuentran ingresados en UCIS, REAS, para realizar un seguimiento 24h sin necesidad de movilizar ni trasladar a los pacientes.
_ Tambien es importante que el centro hospitalario disponga de una buena red wifi para agilizar las peticiones y no demorar el tiempo de atención a este tipo de pacientes.
_ Por último destacar también como radiología portátil la importancia del arco en C que nos permite mostrar el progreso de cualquier cirugía en tiempo real, realizar procedimientos menos invasivos con una cirugía mas precisa y la posibilidad de llevar a cabo por ejemplo angiografías con sustracción digital etc..

6 Bibliografía

1. De la Cámara Egea MA. Radiografía portatil [Internet]. Slideshare.net. [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: https://es.slideshare.net/delacamaraegea/radiologa-portatil
2. de Enfermería RM y. El aparato portátil de rayos X. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2019 [citado el 30 de agosto de 2022]; Disponible en: http://revistamedica.com/aparato-portatil-rayos-x/

Capítulo 320

ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL ABDOMEN

FELIX VILLAFRANCA CASANOVES

JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

1 Introducción

Se trata de un examen para observar órganos y estructuras en el abdomen inclui dos el Bazo el Estómago y los Intestinos. Cuando se realiza para visualizar es tructuras de la vejiga y del riñón se denomina " radiografía de RUV" (riñones, uréteres y vejiga).

La radiografía la realiza el Técnico de Rayos en la mesa de estudio de RX donde el paciente se acuesta boca arriba y el haz de Rayos X se sitúa encima de la zona abdominal y el paciente no respirará durante la adquisición de la imagen para que esta no salga borrosa.

La radiación utilizada en este estudio es pequeña y se utiliza para diagnosticar do lores cuyo origen es desconocido, nauseas, vómitos etc.. Este examen no requiere preparación previa por parte del paciente y esté deberá hacerle saber al Técnico de
Rayos en caso de ser mujer si hay posibilidad de que esté embarazada siendo en es te caso desaconsejado realizar la radiografía, así como si lleva un DIU o le han rea lizado recientemente alguna prueba con contraste.

La radiografía abdominal es la primera prueba por imagen para diagnosticar el origen de un dolor abdominal agudo y también se utiliza para comprobar la co locación de un catéter o para comprobar si una sonda nasogástrica está en su sitio para poder iniciar una nutrición parenteral, etc..

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es explicar la importancia de la radiografía de abdo men para estudiar estructuras y órganos abdominales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en los principales buscadores, además se ha consultado información en las principales webs sanitarias y publicaciones científico-sanitarias y médicas.

4 Resultados

La radiografía de abdomen normalmente es la primera prueba por imagen que se realiza para diagnosticar el origen de un dolor agudo en la zona abdominal, nauseas o vómitos sin un motivo aparente.

La radiografía de abdomen también se realiza para el diagnostico de otras dolen cias como pueden ser; piedras en el riñón, en la vejiga, cálculos biliares bloqueos del intestino perforaciones en el intestino y en el estómago haberse tragado objetos extraños.. etc..

A veces se puede requerir al paciente que vacíe su vejiga antes de realizar la radiografía. A las mujeres embarazadas normalmente no se les hace esta prueba para no exponer al feto a la radiación.

Debido a su ubicación tanto los ovarios como el útero no se pueden proteger al realizar una radiografía de abdomen, de modo que a las mujeres embarazadas por lo general se las realiza una ecografía abdominal.

Si se le realiza la prueba a un niño, este podrá estar acompañado de cualquiera de sus padres o adulto que le acompañe, se le pedirá a este que se ponga un de lantal plomado para permanecer en la sala junto al menor durante su realización.

La radiografía de abdomen es un estudio que nos suele dar suficiente informa ción para evitar procedimientos mas invasivos. A veces las imágenes que se ob tienen no tienen la suficiente calidad diagnostica para poder observar ciertas do lencias y hay que realizar otras pruebas especiales.
Cuando necesitamos un estudio que nos ofrezca imágenes de una calidad mas alta, se puede realizar una Tomografía Computarizada (TC) o una Resonancia Magnética con las que podremos ver dolencias y anormalidades que no se ven en una radiografía convencional con el consiguiente beneficio.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, cuando una persona acude al servicio de urgencias por una molestia en la zona del abdomen, un dolor agudo en la zona abdominal, la primera prueba diagnostica que se pide por parte del personal facultativo es la radiografía de abdomen (simple ap, es decir, tumbado boca arriba en la mesa de la sala de rayos X y con el haz justo encima de la zona abdominal..o también se le puede pedir otra proyección en bipedestación para comprobar niveles etc..),

Además ante la sospecha de alguna dolencia y cuando no sea posible dar un diagnóstico exacto por parte del personal facultativo, este podrá solicitar la realización de pruebas especiales que aporten imágenes mas exactas de la zo na abdominal, sus estructuras y órganos.
Estas pruebas puede ser la realización de un TC (con o sin contraste), una Resonancia Magnética, una ecografía abdominal..

La radiografía simple de abdomen es una prueba no invasiva y que utiliza una cantidad mínima de radiación pero que puede aportar mucha información diagnóstica, tiene pocas contraindicaciones.

6 Bibliografía

1.
Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). Rayos X (radiografía) - abdomen [Internet]. Radiologyinfo.org. [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: http://radiologyinfo.org/es/info/abdominrad

2.
Radiografía abdominal [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003815.htm

Capítulo 321

MEDICINA NUCLEAR

FELIX VILLAFRANCA CASANOVES

JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

1 Introducción

La medicina nuclear es una especialidad médica que utiliza radiotrazadores (radiofármacos) para hacer una evaluación de las funciones del cuerpo y pa ra diagnosticar y tratar enfermedades. Las dos modalidades mas comunes en medicina nuclear son;

La TEP (Tomografía por emisión de emisión de positrones)
La TCEFU (Tomografía Computarizada por emisión de fotón uni co.

Los radiotrazadores son moleculas portadoras unidas a un átomo radioactivo. Algunos trazadores utilizan moléculas que interactúan con el azucar del cuerpo o una proteína específica y además pueden utilizar las propias células del pacien te. En la mayoría de los estudios de diagnóstico en medicina nuclear se le admi tra el radiotrazador al paciente por vía intravenosa, aunque también se puede ad ministrar por vía oral o inyectándolo directamente en el órgano a estudiar.

Los trazadores para su uso clínico necesitan ser aprobados por la FDA (Admi nistración de alimentos y medicamentos), señal de que cumplen con las normas de seguridad y pasarán a denominarse Radiofármacos.

Los escanéos TCEFU se utilizan para diagnosticar enfermedades del corazón

(arterias coronarias bloqueadas..), también existen trazadores para detectar pro blemas óseos, sangrados del intestino, enfermedades de la vesícula etc. Los agentes TCEFU ayudan a diagnosticar la enfermedad de Parkinson.

Con los escaneos TEP sirven para detectar el cáncer, monitorizar su evolución, ver como se responde al tratamiento y detectar metástasis.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es comentar en que consiste la medicina nuclear, que tipos de pruebas se realizan.., hablar de los radiofármacos utilizados depen diendo del tipo de estudio y dolencia del paciente y ver el papel del TER en la realización de estas pruebas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en los principales buscadores y además se ha consultado información en las principales webs sanitarias y publicaciones científico-sanitarias.

4 Resultados

Los estudios de medicina nuclear ayudan a localizar el cáncer y también a ver su extensión por el cuerpo, para ver si el tratamiento está dando resultado etc, además estos estudios normalmente son indoloros y se realizan de mane ra ambulatoria (sin hospitalización).

Estos estudios generan imágenes utilizando la química del cuerpo y utilizan unas sustancias líquidas llamadas radionúclidos que liberan radiación en pe queñas cantidades. Aquellas partes del cuerpo afectadas por una enfermedad como el Cáncer van a absorber mayor o menor cantidad de radionúclido que otras partes del cuerpo que otros tejidos no afectados.

Si existe cáncer el tumor en la imagen puede aparecer como un “punto caliente” que representaría una zona de mayor actividad celular y absorción del ra dionúclido y tambíen podría aparecer como un “punto frío” representando en tonces

una zona de menor actividad celular y por tanto de menor absorción del radionúclido.

Como funciones mas importantes del Técnico de Rayos;

La adquisión de imágenes radiológicas tanto radiografías simples como radiografías utilizando medios de contraste.. estudios intervencionismo etc..

_ Adquisión de imágenes diagnósticas en pruebas especiales como TC, Resonancias Magnéticas etc..
_ Ayudar al radiólogo en la realización de Ecografías

_ Obtener imágenes y realizar pruebas funcionales nucleares como Gammagrafías y tomografías (SPECT, SPECT-TAC)

_ Realizar estudios metabólicos (PET, PET-TAC)

Ademas los estudios de medicina nuclear no causan dolor al paciente y se realizan de forma ambulatoria. El tipo de exploración va a depender de la zo na anatómica a estudiar.., algunos estudios de medicina nuclear;

-Gammagrafías óseas, tomografía por emision de positrones (pet), gamma grafía tiroidéa, exploraciones de ventriculografía nuclear, gammagrafias con galio. Los científicos siempre están realizando estudios de nuevos marcadores para mejorar los estudios nucleares.

5 Discusión-Conclusión

La medicina nuclear es muy importante ya que permite descubrir enferme dades en su inicio, es decir, de forma temprana como por ejemplo, cáncer, enfermedades coronarias, neurológicas, del sistema endocrino etc.. permite a su vez iniciar un tratamiento sobre las células dañadas y realizar un segui miento.

La medicina nuclear estudia el cuerpo a nivel celular para ver como funciona el cuerpo y está se utiliza para realizar estudios muy diversos de cualquier par te del organismo.

Por ejemplo se pueden realizar estudios de perfusión sanguínea del corazón, de tectar si hay una estenosis, en caso de ataque al corazón se puede evaluar el da ño, también comprobar si puede existir rechazo en un transplante, etc..

Se puede comprobar también si hay problemas de respiración y de circulación sanguínea pulmonar, si hay infección o metástasis en los huesos, también es posible diagnosticar la enfermedad del Parkinson, evaluar el flujo del líquido cefalorraquídeo etc..

6 Bibliografía

1.
Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). Medicina nuclear general [Internet]. Radiologyinfo.org. [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: http://radiologyinfo.org/es/info/gennuclear

2.
Medicina nuclear [Internet]. Nih.gov. [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: http://nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/medicina-nuclear

Capítulo 322

PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS EN EL ÁMBITO DE RADIODIAGNÓSTICO

PATRICIA NICIEZA PANIAGUA

1 Introducción

El significado de urgencia sanitaria varía, dependiendo del entorno donde nos encontremos y no solo entre países si no también a nivel socioeconómico. Según criterio usuario es toda aquella situación que en opinión del propio paciente o de las personas que asuman la responsabilidad de acudir con esa persona al hospital, requiere una atención inmediata. En cambio según criterio sanitario es cualquier situación la cual es una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona. Existen diferencias entre urgencia y emergencia. Actualmente urgencia se puede definir como todo aquello que el paciente considera urgente pudiendo haber un tiempo de demora ante un ataque repentino hacia el propio paciente del medio interno o del medio externo, que presenta un desequilibrio como persona biopsicosocial, y ante la cual hay que responder mediante acciones y técnicas urgentes e inmediatas.

La emergencia, en cambio, tiene unas características de más gravedad y premura en la asistencia al paciente, en dicho caso no se puede demorar la atención al paciente por estar comprometida su vida y con un riesgo elevado de que le queden posibles secuelas. En la emergencia hay que actuar ya, la asistencia no puede esperar y tiene prioridad alta frente a la urgencia.

2 Objetivos

-Definir los conceptos generales de un paciente politraumatizado. Valoración primaria y secundaria.
-Exponer las pruebas radiológicas más comunes en pacientes politraumatizados.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una búsqueda de documentos y artículos en las principales bases de datos como son: Google académico, Pubmed, Scielo y Medline. También se busco referencias en libros de oposiciones, seleccionando artículos científicos que proceden de publicaciones revisadas y aprobadas.

4 Resultados

El paciente politraumatizado es aquel que presenta más de una lesión traumática, alguna de las cuales puede ser potencialmente de riesgo vital. Si las lesiones solo se localizan en el aparato locomotor se le denomina polifracturado. Cuando las lesiones son solo viscerales, es un politraumatizado visceral. La mayor parte de veces se combinan los dos tipos de lesiones por lo que se trataría de un politraumatismo mixto. Numerosos estudios demuestran que muchas muertes de este tipo de pacientes son previsibles y tratables, siendo fundamental la asistencia médica dentro de la primera hora, la cual se le considera la hora de oro, por eso es de gran importancia una rápida actuación en la valoración, diagnóstico y tratamiento. El orden de actuación es fundamentas para la reanimación del paciente, no se debe pasar al siguiente nivel sin haber puesto en práctica todas las medidas del anterior. Las causas principales de este tipo de pacientes son los accidentes de tráfico, precipitados, accidentes laborales o deportivos y desastres naturales.
La primera valoración sería realizar una reanimación cardiopulmonar básica o avanzada. Hay que controlar la vía aérea, la ventilación/ respiración, la circulación y hemorragias y hacer un examen neurológico que complemente las anteriores pruebas. En la valoración secundaria, una vez salvado de la urgencia vital, se le realiza al paciente un examen exhaustivo desde la cabeza a los pies mediante la inspección, auscultación y palpación. Hay que tener en cuenta que no se puede mover al paciente a menos que sea estrictamente necesario, explicarle siempre las pruebas a realizar si esta consciente, no retirar férulas o vendajes y

mantener siempre la tracción siguiendo el eje cabeza-cuello-tronco. Las pruebas radiológicas más comunes que se solicitan para estos casos son :
·Cráneo: se solicita una radiografía de cráneo en casos de traumatismo para examinar los huesos del cráneo, los huesos faciales y los senos paranasales. Existe riesgo de hematoma epidural por lo que hay prestar atención a las fracturas lineales que cruzan la arteria meníngea media. Las fracturas con hundimiento craneal deben ser tratadas urgente y quirúrgicamente. Se debe realizar un TAC craneal en caso de desorientación con fractura de cráneo, para ver desde la parte superior del cuello hasta la punta de la cabeza. Si el paciente no puede mantener la cabeza quieta hay que inmovilizarla, además se recomienda quitar todas las joyas, prótesis dentales, gafas y todo metal que se localice en la cabeza o cuello para evitar artefactos.
·Cervical: La radiografía de cervical se utiliza para ver lesiones medulares. Para realizar la radiografía lateral el rayo va horizontal y la placa vertical, para las proyecciones AP se debe movilizar al paciente en bloque a la mesa de exploración. El TAC de cervical es muy útil para diagnosticar una fractura de columna con o sin desplazamiento y la afectación del tubo neuronal.
·Tórax: la radiografía de tórax sirve para valorar problemas pulmonares, la presencia de neumotórax o hemotórax, valorar fracturas costales, de esternón o clavícula, determinar si hay ensanchamiento mediastinal, taponamiento cardíaco, presencia de asas intestinales o hernia diafragmática. Aunque no haya evidencias de enfisemas, crepitaciones o neumotórax se debe realizar igualmente.
·Abdomen: las radiografías de abdomen sirven de apoyo diagnóstico. En los traumatismos abdominales, lo más frecuente es que afecten a vísceras sólidas, se denominan traumatismos abdominales cerrados. El TAC abdominal debe realizar de manera selectiva en pacientes estables, se puede visualizar lesiones viscerales importantes como rotura completa de hígado y/o bazo, hematomas intraparenquimatosos, lesiones pancreáticas y de tracto intestinal, normalmente en el duodeno. Si hay signos de deterioro hemodinámico se debe trasladar urgentemente al paciente a quirófano para realizar una laparotomía exploratoria. Se recurre al uso de contrastes orales para la opacificidad de la luz intestinal o intravenosos para los vasos intraabdominales y la vía urinaria, y así incrementar su capacidad diagnóstica. Se debe sospechar de lesiones intraabdominales cuando haya fracturas costales bajas, pélvicas o hipotensión, y en los casos de accidente si el paciente ha salido despedido del vehículo o en precipitados si la caída ha sido superior a 4 metros.
·Extremidades: Se debe realizar una radiografía de las extremidades afectadas lo antes posible para descartar fracturas y valorar el estado del esqueleto óseo, se

debe incluir las articulaciones próximas a la zona de fractura.
·Pelvis: es importante una radiografía AP de pelvis porque en la exploración física puede estar enmascarada. La detección precoz de una fractura de pelvis puede evitar las complicaciones de una hemorragia interna. El anillo pélvico se lesiona con más frecuencia en accidentes de tráfico y precipitados. Si se daña la pelvis hay que tener en cuenta que puede haber lesiones de vejiga, uretra, recto o estructuras nerviosas y vasculares que pueden dar lugar a una hemorragia retroperitoneal.

5 Discusión-Conclusión

El paciente politraumatizado es aquel que presenta más de una lesión traumática, la cual alguna de ellas causa un riesgo vital al paciente. En estos casos es fundamental la asistencia médica en la primera hora, la cual se la considera la hora de oro.
La primera valoración sería realizar una reanimación cardiopulmonar básica o avanzada, se debe controlar la vía aérea, la ventilación/respiración, la circulación y hemorragias y realizar un examen neurológico. Una vez salvada la urgencia vital del paciente se empezaría con la valoración secundaria haciendo un examen completo de la cabeza a los pies basado en la inspección, palpación y auscultación. Se debe tener en cuenta que no se debe mover al paciente a no ser que sea absolutamente necesario, explicarle las pruebas que se le van a realizar si está consciente y no retirar férulas ni vendajes, además de mantener siempre la tracción siguiente el eje cabeza-cuello-tronco.
Las pruebas más comunes que se realizan a un politraumatizado son:
·Cráneo: una radiografía en caso de traumatismo craneal para ver los huesos del cráneo, los faciales y los senos paranasales. Se debe realizar un TAC de cráneo cuanto antes a pacientes desorientados con traumatismo y presenten una fractura de cráneo. Se les debe quitar todo el metal de la cabeza y cuello para que no haya artefactos en las imágenes.
·Cervical: una radiografía de la cervical, siendo la proyección lateral con rayo horizontal y chasis vertical más diagnóstica que la AP, la cual se colocaría al paciente encima de la mesa de exploración moviéndolo en bloque. El TAC de cervical es muy útil para diagnosticar fracturas de cervicales y en la articulación craneocervical.
·Tórax: la radiografía de tórax se debe realizar siempre y sirve para valorar problemas pulmonares, la presencia de neumotórax o hemotórax, valorar fracturas costales, de esternón o clavícula, determinar si hay ensanchamiento mediastinal, taponamiento cardíaco, presencia de asas intestinales o hernia diafragmática.

·Pelvis: la radiografía AP de pelvis es muy importante para la detención precoz de fracturas y evitar hemorragias retroperitoneales.
·Extremidades: radiografías de las extremidades afectadas para valorar el estado biológico del esqueleto óseo.
·Abdomen: las radiografías son un importante apoyo diagnóstico. El TAC es la prueba diagnóstica de elección más específica. Se puede visualizar lesiones viscerales importantes como rotura completa de hígado y/o bazo, hematomas intraparenquimatosos, lesiones pancreáticas y de tracto intestinal, normalmente en el duodeno. Para incrementar su capacidad diagnóstica se hacen uso de contrastes orales e intravenosos. Se debe sospechar de lesiones intraabdominales cuando haya fracturas costales bajas, pélvicas o hipotensión, y en los casos de accidente si el paciente ha salido despedido del vehículo o en precipitados si la caída ha sido superior a 4 metros.

6 Bibliografía

1. Libros de oposiciones de radiodiagnóstico del SESPA 2018-2019
2. Libros y apuntes de cursos de técnico superior en radiodiagnóstico.

Capítulo 323

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA UNA BUENA TÉCNICA EN UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

PATRICIA NICIEZA PANIAGUA

1 Introducción

Las radiografías o placas simples son imágenes producidas por radiación ionizante pero sin ningún tipo de medio de contraste como el yodo o el bario. En la actualidad es el método que más se utiliza puesto que tiene varias ventajas, entre las cuales están que la realización de la prueba es relativamente barata, y que se puede realizar en cualquier sitio que no sea en la sala de radiografías, ya que hay aparatos móviles o portátiles para poder hacer radiografías en quirófano, en cuidados intensivos o incluso en la propia habitación del paciente. Para su realización se requiere una fuente de rayos X, como es el aparato de rayos X; un método donde captar la imagen, como es la placa radiográfica o chasis; y un sistema donde se procese la imagen que se ha obtenido, como antes era la utilización de productos químicos en los cuartos oscuros y ahora son los sistemas lectores digitales. La radiografía convencional tiene varias desventajas y es que aunque utilicen dosis de radiaciones ionizantes relativamente bajas puede causar daños a nivel celular, por eso solo hay que llevarlo a cabo solo en situaciones necesarias para un buen diagnóstico y evitar siempre utilizar rayos X a embarazadas. Otro inconveniente son las pocas densidades que se aprecian en una radiografía, la sangre y el músculo aparecen con la misma densidad y se confunden. Las referencias para realizar este tipo de pruebas son la radiografía de tórax, la de abdomen simple y para ver el sistema esquelético y problemas articulares como fracturas o luxaciones.

2 Objetivos

-Evaluar los factores técnicos para realizar una radiografía de tórax idónea.
-Enumerar que estructuras deben ser visibles en una radiografía de tórax.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una búsqueda de documentos y artículos en las principales bases de datos como son: Google académico, Pubmed, Scielo y Medline. También se busco referencias en libros de oposiciones, seleccionando artículos científicos que proceden de publicaciones revisadas y aprobadas.

4 Resultados

Hay que saber la técnica correcta para realizar la radiografía de tórax para evitar un diagnóstico erróneo por la aparición de artefactos debido a una mala práctica. Los cinco factores técnicos para una correcta prueba son:
·Penetración: cuando es adecuada se debe visualizar en la radiografía frontal la columna vertebral a través de la silueta cardíaca. Si es insuficiente la imagen sale clara y no se aprecia la columna dorsal, lo que puede dar lugar a dos errores de interpretación, uno la ocultación del hemidiafragma izquierdo y el segundo la prominencia mayor de lo habitual de los vasos sanguíneos de los pulmones. Si la penetración es excesiva la imagen sale demasiado oscura, ocultando o reduciendo así la trama pulmonar.
·Inspiración: cuando se realiza en inspiración completa se eliminan artefactos que puede confundirse u ocultar una enfermedad. Con una inspiración excelente se visualizan las diez costillas posteriores. Una inspiración insuficiente hace que la trama pulmonar se visualice apiñada y comprimida, lo que puede confundirse con una neumonía en el lóbulo inferior
·Rotación: cuando no hay rotación del paciente la apófisis espinosa del cuerpo vertebral dorsal está equidistante a los extremos mediales de las apófisis claviculares.
·Magnificación: puede afectar de cara a valorar el tamaño del corazón. Cuanto más cerca este la estructura a radiografiar del chasis, mayor similitud habrá del tamaño real al de la imagen y cuanto mayor sea la distancia entre ellos, mayor magnificación presenta.
·Angulación: en las radiografías en bipedestación el haz de rayos x está paralelo al suelo, en cambio si el paciente está hospitalizado y la radiografía se realiza en

una silla o en una cama hay que angular el tubo para que sea perpendicular a la zona del tórax. Si se angula demasiado caudal o craneal se obtiene una imagen llamada lordótica apical que distorsiona las clavículas y rectifica su forma de "S".

5 Discusión-Conclusión

Para realizar una radiografía de tórax con buena técnica hay que tener en cuenta cinco parámetros los cuales son penetración, inspiración, rotación, magnificación y angulación. Que tenga una buena penetración hace que se visualice la columna vertebral a través de la silueta del corazón, si la penetración es insuficiente la imagen se ve más clara, la trama pulmonar se acentúa y la base pulmonar izquierda puede ocultarse, por el contrario si es excesiva se ve más oscura y puede simular un enfisema o neumotórax. Cuando la inspiración es adecuada se visualizan al menos ocho costillas por encima del diafragma, si se realiza con poca inspiración puede dar lugar a que el corazón se vea mayor y puede simular una enfermedad en las bases pulmonares. El paciente debe estar paralelo al chasis, no debe estar rotado para que las apófisis espinosas queden a la misma distancia de los dos extremos de ambas clavículas, si hay rotación puede dar lugar a una mala lectura de la imagen puesto que afecta al contorno del corazón, al aspecto de los hilios pulmonares y del diafragma. La magnificación afecta al valorar el tamaño del corazón, para que el tamaño real de la estructura a radiografiar y el de la imagen que se visualice sean similares debe haber muy poca distancia de la estructura al chasis, lo que significa que una radiografía AP hecha en portátil hace que se magnifique el tamaño del corazón en comparación con una PA que se realice en la sala de radiografías. Por último, la angulación, la zona a radiografiar debe estar siempre paralelo al chasis y el rayo perpendicular, puesto que si hay angulación da origen a una imagen lordótica apical la cual refleja las estructuras anteriores en una posición superior a las posteriores, como por ejemplo las clavículas las cuales además distorsiona y se muestran rectas sin su forma en "S".

6 Bibliografía

1. Libros de oposiciones de radiodiagnóstico del SESPA 2018-2019
2. Libros y apuntes de cursos de técnico superior en radiodiagnóstico.

Capítulo 324

LAS CINCO DENSIDADES BÁSICAS DE UNA RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL

PATRICIA NICIEZA PANIAGUA

1 Introducción

En 1895, Wilhelm Roentgen observó mientras trabajaba en su laboratorio a oscuras que una pantalla pintada de un material fluorescente separada por unos metros de un tubo de rayos catódicos, que había fabricado y energizado a prueba de luz, comenzaba a brillar.
Después de repetir el experimento varias veces dedujo que la pantalla estaba reaccionando a una producción cercana de una forma de energía de manera no visible al ojo humano. De esta manera se denominaron así a los Rayos X, haciendo referencia como ¨X¨ a lo desconocido.
Tal como hoy las radiografías se producen por la combinación de radiación ionizante y luz que incide sobra una superficie fotosensible, lo cual genera una imagen latente que se procesa para hacerse visible. Inicialmente se usaban cuartos oscuros para revelar las placas y se visualizaban sobre unas cajas con iluminación denominadas negatoscopios, cuyas desventajas eran que se necesitaba mucho espacio para almacenar las placas y que solo podían estar en un lugar cada vez. Actualmente se ha sustituido la placa fotográfica por un chasis o lámina fotosensible que es procesada por un dispositivo lector electrónico y la imagen se almacena en formato digital, así funciona la radiografía digital, teniendo así más ventajas que las convencionales, puesto que no se necesitan cuartos oscuros porque se conservan en servidores en los que pueden archivarse para usos posteriores o transmitirse a otros para su almacenamiento, además de que se pueden ac-

ceder a dichas placas las personas autorizadas de cualquier parte del mundo y en cualquier momento.

2 Objetivos

-Hablar de la radiografía convencional y digital y su almacenamiento.
-Enumerar e identificar las cinco densidades básicas de la radiografía convencional.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una búsqueda de documentos y artículos en las principales bases de datos como son: Google académico, Pubmed, Scielo y Medline. También se busco referencias en libros de oposiciones, seleccionando artículos científicos que proceden de publicaciones revisadas y aprobadas.

4 Resultados

Las radiografías convencionales o placas simples son las imágenes producidas mediante radiación ionizante pero sin material de contraste, como bario o yodo. Actualmente es el estudio que más se lleva a cabo, puesto que es una prueba barata y se puede realizar en cualquier lugar con la utilización de aparatos portátiles o móviles, como es a un quirófano o cualquier sala que no sea en el servicio de radiodiagnóstico. Se requiere una fuente de rayos X, la cual es el aparato de rayos X, un método para registrar la imagen que es la placa o chasis y por último el sistema para procesar la imagen que se obtiene que puede ser la utilización de productos químicos en un cuarto oscuro o un dispositivo lector electrónico donde se almacena en formato digital en un servidor donde pueden archivarse, transmitirse o almacenarse, llamado PACS. Las indicaciones para la realización de radiografía convencional son la clásica radiografía de tórax, así como la radiografía simple de abdomen y cualquier imagen del sistema esquelético, para descubrir fracturas, fisuras, luxaciones o cualquier problema a nivel articular. A parte la radiografía convencional tiene dos grandes desventajas, que emplea radiación ionizante y que tiene un rango pequeño de densidades, las cuales son:
·Aire: absorbe la menor cantidad de rayos X y aparece con el tono mas oscuro.

·Grasa: aparece con un gris mas claro que el aire, pero algo más oscuros que los tejidos blandos.
·Tejidos blandos o líquidos: los dos tiene densidad igual, con lo que no es posible diferenciar la sangre, por ejemplo, de un tejido blando como el músculo.
·Calcio: absorbe la mayor cantidad de rayos X, es el material natural más denso en el cuerpo. Está presente en los huesos.
·Metal: absorbe todos los rayos X y aparece con el tono más blanco. Aunque en el cuerpo no suele haber estructuras con esta densidad ejemplos que tienen dicha densidad son prótesis o los medios de contraste radiológicos.

5 Discusión-Conclusión

Las imágenes radiográficas convencionales se crean por la combinación de luz y radiación ionizante que inciden sobre una superficie fotosensible, lo cual forma una imagen oculta al ojo humano que posteriormente se procesa para hacerla visible. Al principio, las radiografías se procesaban en un cuarto oscuro con bandejas llenas de sustancias químicas donde se sumergía la placa y luego se colgaban para su secado. Cuando el estudio a realizar era urgente y se necesitaba lo más rápido posible, las placas se tenían que interpretar mientras seguían mojadas con los productos químicos del cuarto oscuro. Para interpretar las placas se tenían que poner sobre los negatoscopios. Todo esto tenia unas desventajas como por ejemplo el almacenamiento de las placas de manera física, que requería mucho espacio para las múltiples pruebas de toda la gente y además la imposibilidad de tener dicha prueba en varios sitios para varios médicos. Por todo esto fue necesario que naciera la radiografía digital, en la que la placa fotográfica se sustituyó por un chasis que debía ser procesado por un dispositivo lector electrónico y la imagen se almacena en formato digital. Esto tuvo la ventaja de no necesitar cuarto oscuro, ni un almacén donde guardar las placas, puesto que en un disco duro de un servidor pueden almacenarse infinidad de imágenes, donde se pueden archivar para un uso posterior, transmitir a otros servidores y almacenarse. Así surge el PACS, sistema de archivo, comunicación y almacenamiento de imágenes. Además tiene la ventaja de ver dichas pruebas las personas autorizadas en cualquier momento y lugar.
Las radiografías realizadas sin contraste se llaman radiografías convencionales o placas simples. Es el estudio que se realiza con más frecuencia puesto que es barato, rápido y se puede realizar fuera de la sala de radiografías, por aparatos móviles o portátiles, como en quirófano o en la misma habitación del paciente. Se requiere un aparato de rayos X, una placa o chasis y un sistema para procesar la

imagen obtenida, que puede ser un cuarto oscuro o un dispositivo lector digital. Las referencias para realizar este tipo de pruebas son las míticas radiografías de tórax, las de abdomen simple o para ver el sistema esquelético y problemas de articulaciones, como roturas, luxaciones o fisuras. Estas pruebas tienen el inconveniente de que solo salen reflejadas cinco densidades :
Aire: el tono mas oscuro, puesto que absorbe la menor cantidad de rayos X.
Grasa: aparece con un tono de gris mas claro que el aire.
Tejidos blandos o líquidos: cuyas densidades son iguales, no se distingue entre sangre y músculo.
Calcio: presente en los huesos, absorbe la mayor cantidad de rayos X, es el material natural más denso.
Metal: absorbe todos los rayos X, aparece con tonalidad blanca, no esta presente de manera natural en el cuerpo, puesto que son las prótesis o los medios de contraste.
Aunque las radiografías se realizan con dosis bajas de radiación, sabemos que aun así puede provocar daños biológicos en las células, por lo que solo hay que llevar a cabo las pruebas realmente necesarias, y debe evitar realizarse en mujeres embarazadas.

6 Bibliografía

1. Libros de oposiciones de radiodiagnóstico del SESPA 2018-2019
2. Libros y apuntes de cursos de técnico superior en radiodiagnóstico.

Capítulo 325

INGESTA O ASPIRACION DE CUERPO EXTRAÑO EN EL PACIENTE PEDIATRICO. PLAN DE ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO

FÁTIMA MORO PULIDO

GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN

ALBA GRUESO PEREZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de la importancia del servicio de radiodiagnóstico para la localización de cuerpos extraños introducidos de forma accidental en niños.
El tema a tratar es de gran importancia ya que en España contribuye la tercera causa de muerte en los menores de 15 años de edad, siendo a su vez, más habitual en menores de 3 años.
El tipo de cuerpo extraño ingerido o aspirado puede ser tanto orgánicos como inorgánicos. Depende de las diferentes áreas geográficas y grupos étnicos será más frecuente encontrarse con un tipo de cuerpo extraño u otro.
De manera común, en nuestro país, los cuerpos extraños ingeridos más frecuentes son las espinas de pescado, las monedas y frutos secos en pacientes pequeños.
La introducción de un cuerpo extraño se puede producir por aspiración o por ingestión, siendo esta última la más habitual.

El tipo de urgencia ocasionado por este motivo es variable, va desde pacientes sin síntomas, hasta verdaderas urgencias vitales, dependiendo del lugar de atrapamiento del cuerpo extraño. Pudiendo haberse introducido por la vía aérea o el tracto gastrointestinal.
Los síntomas del paciente variarán según la edad del mismo, la ubicación y las características del cuerpo extraño.
Para poder localizar el cuerpo extraño el método de diagnóstico más utilizado sería la radiología simple.

2 Objetivos

- Concienciación sobre la gravedad que puede ocasionar la ingesta o aspiración de un cuerpo extraño
- Saber cómo tienen que actuar los profesionales sanitarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consiste 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

Para poder hacer una correcta valoración de la situación real presente en cada momento, por parte del profesional médico, es imprescindible conocer los signos y síntomas que presenta el paciente.
Hay objetos o alimentos que por su forma pueden ser expulsados por el propio cuerpo de forma natural o por el contrario podemos hablar de un objeto más peligroso y que requiera de intervención quirúrgica para extraerlo. Para ello habrá que tener en cuenta la naturaleza del cuerpo extraño y la disposición anatómica del paciente según su edad y correlación clínica.
Los requisitos que hay que analizar del cuerpo extraño son: forma, tamaño, toxicidad, capacidad eléctrica y capacidad de imantación entre otros. Para poder localizar donde se encuentra el cuerpo extraño hay que saber si se trata de algo radiotransparente o radiopaco. A su vez hay que mirar la cantidad de cuerpos

ingestados o inhalados, el tiempo que ha pasado y si se ha realizado algún tipo de manipulación del paciente antes de la llegada a urgencias, ya que esto puede afectar en un peor diagnóstico.
En la mayoría de los niños los cuerpos extraños se quedan en el esfínter esofágico superior, lo que a su vez genera una clínica específica.
La mitad de los pacientes son asintomáticos mientras, la otra mitad puede presentar sensación de un cuerpo invasivo en garganta, molestia en el pecho, falta de aire, ganas de vomitar, color azulado en la piel (debido a una oxigenación insuficiente), sangre en vomitos…
Si el cuerpo extraño ha atravesado la zona mucosa podemos estar ante un caso mucho más urgente, como puede ser una peritonitis (salida de contenido intestinal al peritoneo), lo que requeriría de intervención quirúrgica de urgencia.
Para poder localizar el cuerpo extraño las técnicas de imagen básicas utilizadas son: La radiología simple, estudios con bario y el escáner.

5 Discusión-Conclusión

Después de todo lo comentado, podemos ver la importancia que supone actuar de forma rápida ante una situación de ingesta o aspiración de cuerpo extraño ya que puede tratarse de un problema muy grave, con serias complicaciones clínicas que pueden incluso llegar a requerir de una intervención quirúrgica y que de no ser tratadas puede llevar a un desenlace mucho más trágico.
El técnico de imagen para el diagnóstico tiene un papel fundamental para poder hacer un diagnóstico correcto y exhaustivo sobre la localización del cuerpo extraño y por tanto del riesgo que supone, según la disposición que presente.
Es fundamental que los cuidadores y niños, en la medida que ellos puedan, sean consciente de la gravedad que supone aspirar o ingerir un cuerpo extraño y por eso hay que intentar fomentar medida de control y cuidado, además de evitar el uso de material que contenga piezas pequeñas o no aptas para manipulación en niños sobretodo menores de 3 años, ya que estos, son los que más probabilidades tienen de poder sufrir un percance y a su vez un peor desenlace.

6 Bibliografía

1. Aeped.es. [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26_ingesta_cuerpo_extrano.pdf
2. Elsevier.es. [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=

X0716864009322602&r=202
3. Electrónica Educativa P, Castán Senar A, Navarro Monforte Y, De ER, Cuesta L, Taboada Villca J, et al. CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS EN LA VÍA AERODIGESTIVA SUPERIOR: UTILIDAD Y ERRORES DE INTERPRETACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA LATERAL DE CUELLO [Internet]. Espacio-seram.com. [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/2495/1227/2443#::text=Las%20t%C3%A9cnicas%20de%20imagen%20utilizadas,de%20ingesti%C3%B3n%20de%20cuerpo%20extra%C3%B1o
4. Unirioja.es. [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7816006.pdf

Capítulo 326

DERRAME DE LIQUIDO EN OJOS EN UN LABORATORIO Y PRIMEROS AUXILIOS

RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA

JUDIT ORTEGA MARTÍN

PAULA CANO SANCHEZ

KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA

VANESSA PORTILLO MAESTRE

1 Introducción

Es importante conocer que Según los datos de la OHSA (Occupational Safety and Health Administration), en español Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, una agencia del Departamento de Trabajo de los EE.UU., el 90 % de las lesiones oculares son ocurridas en los lugares de trabajo y se pueden prevenir con el uso correcto y apropiado de equipos de protección individual.
Durante una jornada laboral pueden ser muchos los accidentes que pueden aparecer en un laboratorio involuntariamente. El profesional sanitario deberá conocer todos los pasos adecuados para en caso de accidente poder actuar antes de acudir al centro de salud u hospital de referencia.
El ojo es un órgano que frecuentemente está expuesto a estos accidentes, si no está correctamente protegido puede ser un factor de riesgo para los accidentes oculares. Para ello debe estar correctamente protegido con las gafas de protección

y en caso de tener que realizar labores con citotóxicos o con agentes irritantes deberá realizar la función detrás de una campana protectora para evitar las salpicaduras o los derrames en el ojo.
Es importante que el personal que trabaje en un laboratorio conozca donde se encuentra la salida o entrada de emergencia para en caso de accidente pueda salir del laboratorio.

2 Objetivos

Describir que tipo de actuación deberá realizar el profesional sanitario que desempeña las funciones laborales ante el derrame de un químico o irritante en un ojo en el laboratorio.

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.

4 Resultados

El profesional debe conocer qué tipo de indumentaria debe llevar para que no existan accidentes o riesgos y estos puedan ser prevenidos. Por ello se debe realizar una prevención en cuanto a todo lo que nos exponemos. En un laboratorio, las salpicaduras son inevitables ya que se trabaja con muchos productos y muchas muestras. El empleo de bata es obligatorio. No es aconsejable llevar minifalda o pantalones cortos ni medias. Es preferible emplear calzado cerrado y evitar las sandalias por riesgo de deslizamiento. Los cabellos largos son un riesgo que puede evitarse recogiéndolo con un gorro quirúrgico. Evitar llevar collares o adornos que cuelguen libremente.
En caso de derrame en los ojos involuntariamente se debe conocer qué tipo de líquido ha sido el que se le ha derramado, y mirar el prospecto. Inmediatamente hay que enjuagarse el ojo con agua corriente limpia y tibia durante al menos 20 minutos. Emplea cualquiera de los siguientes métodos que resulte más rápido: Métete en la ducha y darte con un chorro suave de agua en la frente por encima del ojo afectado, o bien, dirige el chorro hacia el puente de la nariz si tienes ambos

ojos afectados. Mantén abierto el párpado del ojo afectado. Baja la cabeza y gírala hacia el costado. A continuación, mantén abierto el párpado del ojo afectado debajo de un chorro suave de agua del grifo. Si tienes acceso a una estación de enjuague ocular en el lugar de trabajo, úsala. Nunca hay que frotar el ojo, ya que esto podría causar un daño más grave. No te coloques nada en el ojo, excepto agua o solución salina para lentes de contacto. Tampoco te coloques gotas, a menos que te lo indique el personal de urgencias.
En nuestra revisión hemos podido añadir artículos o textos en los que nos enseñan que tipo de actuaciones e intervenciones debe realizar el profesional sanitario tanto si es la persona afectada como si es un compañero el afectado para los primeros pasos de urgencia ante el derrame de líquido irritante en los ojos.

5 Discusión-Conclusión

Se sabe lo peligroso que puede ser el que una sustancia se derrame o que sin querer salpique a los ojos, pues en ocasiones aun con la protección adecuada puesta en el laboratorio se utilizan sustancias químicas que son muy toxicas.
Como se ha podido observar en nuestros resultados que las primeras horas tras el accidente son horas cumbres para el desarrollo de la evolución del irritante en el ojo afectado y lo más aconsejable es echar agua continuamente. Con ello se puede evitar que se profundice más y poder paliar hasta la llegada a un centro de salud de la sustancia irritante.
Se debe adiestrar a todo el personal sanitario del laboratorio para que conozcan los pasos a seguir ante un accidente o derrame en los ojos.

6 Bibliografía

www.scielo.org
PN INTE 31-01-01:2016 CP. Buenas prácticas para la selección y el uso de equipos de protección ocular y facial.

Capítulo 327

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA IMPORTANCIA DE LOS HEMOCULTIVOS EN LOS ANÁLISIS CLÍNICOS

RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA

JUDIT ORTEGA MARTÍN

PAULA CANO SANCHEZ

KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA

VANESSA PORTILLO MAESTRE

1 Introducción

Los hemocultivos son unas pruebas que se utilizan para detectar la presencia de los patógenos en la sangre. La sangre es estéril y la presencia de las bacterias u hongos en ella es patológica.
Su diagnóstico definitivo de la bacteriemia se realiza cuando se aísla al microorganismo principal.
Cuando las bacterias u hongos que se encuentran en la sangre no superan al sistema inmunitario se llama bacteriemia que son las bacterias o fungemia que son hongos. Cuando los microorganismos proliferan descontroladamente se denomina septicemia.

Si el hemocultivo sale positivo, se realiza la prueba de sensibilidad para saber el antibiótico es más adecuado.

La bacteriemia se presenta a cualquier edad. Sus manifestaciones clínicas son muy variadas. Los focos más frecuentes son el tracto genitourinario, las heridas quirúrgicas y los catéteres que son intravasculares, hay un porcentaje de bacteriemias que son de origen desconocido.
Si el antibiótico es negativo a las 24 horas, no debe descartarse hasta las 240 horas en negativo, porque puede haber microorganismos de crecimiento lento.
Para que el hemocultivo sea confiable deben adoptarse medidas extremas de asepsia en la toma de una muestra, cuando estas medidas no son adecuadas puede producirse contaminación de la muestra, como por ejemplo células de la piel del paciente. Se deben de tomar mínimo dos muestras en el pico febril o cercano a éste.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizar la utilidad de los hemocultivos en la determinación de las bacteriemias / fungemias por el 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.

4 Resultados

Están apareciendo en el mercado una gran cantidad de métodos diferentes por lo que analizaremos los tres grandes grupos que son:
-SEROLOGIA: La detección de estos anticuerpos solo es útil en algunos de los procesos en los que el microorganismo no se puede cultivar o resulta muy costoso.
-TECNICAS BASADAS EN LA DETECCIÓN DE ACIDOS NUCLEICOS: En estos métodos se recomienda la recogida de la sangre periférica en tubos EDTA. La ventaja de esta técnica, además de la rapidez, es que resulta muy útil cuando

se trata de microorganismos no cultivables y de difícil crecimiento y cuando la prueba se realiza después de iniciar el tratamiento antimicrobiano. Algunas de estas pruebas pueden ofrecer información sobre la etiología y la sensibilidad de cada patógeno mediante la detección de algunos determinantes de resistencia. Los inconvenientes que tienen es que son caras y que en la sangre hay sustancias inhibidoras como la heparina a la eficacia de la reacción, produciendo resultados inválidos o falsos negativos

-TECNICAS BASADAS EN EL ESTUDIO DEL PROTEOMA BACTERIANO/FUNGICO: La aplicación de la espectrometría de masas, ha revolucionado los protocolos de trabajo. La nueva tecnología ofrece información sobre etiología de forma precoz, pocos minutos después de realizarse la tinción de Gram.

El principal método para diagnosticar la bacteriemia o fungemia sigue siendo el hemocultivo, que tiene como ventaja la de poder aislar el microorganismo causante de la infección y realizar la prueba de sensibilidad mediante el antibiograma. Pero también tiene unos inconvenientes como son la demora diagnostica, los falsos positivos debidos a la contaminación de la muestra y los falsos negativos por el tratamiento previo con los antibióticos.

En el caso de una sepsis está demostrado que es importantísimo el diagnóstico rápido y la rapidez del tratamiento antimicrobiano adecuado. Debido a esto los últimos años han desarrollado unos métodos para la identificación de bacterias y hongos directamente en muestras de sangre periférica o en los hemocultivos positivos.

5 Discusión-Conclusión

Las nuevas técnicas se realizan más que sustituir a los hemocultivos son para complementar con los mismos para la correcta y rápida identificación de los patógenos.

El diagnóstico rápido y correcto de las bacteriemias/fungemias es mas importante para ver la evolución de la enfermedad y la mejora en el uso de los antibióticos y debe ser una de las prioridades de los servicios de microbiología. Es importante el trabajo interdisciplinar para su tratamiento.

A pesar de que en la actualidad están apareciendo nuevos métodos para la detección rápida de patógenos, los hemocultivos son una herramienta muy importante en el laboratorio de diagnóstico clínico a pesar de todos sus inconvenientes.

6 Bibliografía

Efectividad de un programa formativo para disminuir los hemocultivos contaminados B de Dios García, YL Maura, JV Val-Pérez… - Enfermería…, 2014 - Elsevier

Capítulo 328

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA

JUDIT ORTEGA MARTÍN

PAULA CANO SANCHEZ

KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA

VANESSA PORTILLO MAESTRE

1 Introducción

La tuberculosis es una infección bacteriana causada por Mycobacterium tuberculosis. Esta bacteria suele atacar los pulmones, aunque también puede afectar a otras zonas del cuerpo. La tuberculosis se disemina mediante el aire, cuando una persona tose, estornuda o habla.
Los síntomas principales de la tuberculosis pulmonar son: tos severa de más de 3 semanas de duración, pérdida de peso, presencia de sangre o moco al toser y escupir, debilidad, fatiga, escalofríos, sudoración nocturna…
Para el diagnóstico son necesarias pruebas de laboratorio, así como pruebas de imagen. El diagnóstico se basa en la radiología , una prueba de la tuberculina

cutánea y el análisis de sangre, así como un examen al microscopio y un cultivo microbiológico de los fluidos corporales como las expectoraciones.
Las infecciones, el aumento del VIH y el descuido de control de la tuberculosis por programas han permitido su resurgimiento. La aparición de resistencia en unas cepas también ha contribuido a una nueva epidemia.El ritmo de los nuevos casos varía con amplitud, incluso en los países vecinos, debido a las filas en los sistemas de atención sanitaria.
A partir de su diagnóstico es necesario iniciar un tratamiento, pues puede ser una enfermedad mortal si no se trata de manera adecuada.

2 Objetivos

Los principales objetivos de es conocer las pruebas diagnósticas que se practican en la detección de la Tuberculosis y reflejar la sintomatología propia de la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las pruebas mas habituales para detectar la tuberculosis son:
- Anamnesis: entrevista con el paciente en la que se revisan, entre otras cuestiones, los antecedentes médicos y si el paciente ha podido estar expuesto a la tuberculosis. Son datos como la edad, el país de origen, la raza o grupo étnico, la profesión,etc.
- Examen físico, en busca de una posible auscultación pulmonar (TBC pulmonar).
- Prueba cutánea de tuberculina o prueba de Mantoux, es útil para saber si la persona está infectada , si bien el resultado variará en función del área de punción. Un resultado positiva requiere de más pruebas de diagnóstico para determinar si la enfermedad está o no.
- Imagen para el diagnóstico, como radiografía de tórax. En ella se buscará la presencia de manchas blancas en los pulmones, muestra de donde se haya la

bacteria causante de la tuberculosis, así como los cambios estructurales.
- Pruebas microbiológicas, especialmente se recurre al aislamiento del bacilo de Koch mediante la bacteriología.
- Baciloscopia del esputo. Se trata de una prueba rápida, accesible y económica. Consiste en la observación, al microscopio, de una muestra de expectoración. En caso de detectarse la presencia de dichos microorganismos, la persona estará infectada. Ello supone tener que actuar de inmediato para evitar unas consecuencias fatales para el individuo.
- Cultivo microbiano. El cultivo de BAAR supone el único tipo de prueba que permite conocer con certeza la infección por Tuberculosis. No obstante, se ha de considerar que han de transcurrir entre 6 y 8 semanas para que el número de bacterias sean suficientes.
- Prueba de sangre IGRA . Se trata de una prueba que determina si la persona está infectada por las bacterias causantes de la tuberculosis, se mide el grado de reacción que provoca sobre el sistema inmunitario del individuo.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario mejorar los protocolos para reducir la tuberculosis, en primer lugar romper la cadena de transmisión mediante el diagnóstico lo más precoz posible de cada caso para iniciar el tratamiento y reducir el riesgo de exposición a otros miembros de la población así como un estudio de contactos de la persona enferma. Por otro lado el acceso a un tratamiento antituberculosos a los afectados garantizando el abastecimiento de fármacos y el acceso a los mismos teniendo en cuenta que un tratamiento de tuberculosis dura como mínimo 6 meses. Y para finalizar incentivar la investigación con el fin de favorecer la prevención y tratamiento eficaz de la tuberculosis.

6 Bibliografía

www.google.es
www.scielo.org
Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento. Mayo Clinic. Disponible en https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tuberculosis/diagnosistreatment/drc-20351256.
Consultado el 04/08/2022.

Capítulo 329

ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE ORINA

SANDRA MARÍN YEPES

INÉS LOZANO MORENO

MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA

GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES

MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ

1 Introducción

La orina es un líquido corporal que es producido en los riñones. Se almacena en la vejiga hasta que es expulsada al exterior a través del aparato urinario.

La orina que se produce en el cuerpo humanos se puede recoger de varias maneras, la principal y más común es la micción expontánea, que la podemos recoger nosotros mismo, y otras son através de una sonda o una punción suprapúbica, pero estas son recogidas por personal sanitario especializado.

La cantidad de orina expulsada por el cuerpo humano suele ser alrededor de 1,5l, aunque varia mucho en función de la ingesta de agua o alimentos que contengan agua.

La composición y el aspecto de la orina puede variar en función de la dieta realizada, el consumo de líquidos, o el ejercicio físico realizado. También hay alguno medicamentos que pueden cambiar el color de la orina.

La orina está compuesta principalmente por agua y sustancias de desecho. Las sustancias de desecho más comunes son la urea, el sodio, el potasio, el cloro , el bicarbonato, el ácido urico y la creatinina.
También podemos encontrar otras sustancias de desecho en la orina como sustancias tóxicas por la ingesta de alcohol y drogas.

El análisis de orina se basa es una medición por métodos físicos y químicos de diferentes parámetros químicos y microscópicos, donde podremos observar el estado de la orina y después poder diagnosticar la presencia de infecciones urinarias, enfermedades que producen metabolitos en la orina, enfermedades renales o controlar la diabetes.

2 Objetivos

Dar a conocer la utilidad del análisis sistemático de orina

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se debe recoger la muestra de orina en un envase limpio, mejor si es estéril. La mejor hora para recoger la muestra es la primera de la mañana ya que la orina está más concentrada y puede mostrar mejor las posibles alteraciones . Es importante limpiar bien el aparato urinario antes de recoger la muestra para evitar una posible contaminación de la muestra.
Cuando llega la muestra al laboratorio debemos observar la apariencia y el color de la orina.
ANÁLISIS QUÍMICO: sumergimos la tira reactiva, que contiene varias almohadillas, en la orina y por el cambio de color de estas podemos saber si hay presencia de glucosa, bilirrubina, cuerpos cetonicos, hemoglobina, leucocitos, nitritos, proteínas, urobilinógeno, y también mide la densidad y el Ph.

Se puede leer manualmente, observando el cambio de color de las distintas almohadillas o en aparatos específicos que hacen la lectura.
ANÁLISIS MICROSCÓPICO: primero se debe centrifugar la muestra y después observamos el sedimento al microscopio en busca de bacterias u otros microorganismos, cristales, hematíes, leucocitos, células epiteliales y levaduras.
VALORES NORMALES
El color de la orina puede ir de trasparente hasta amarillo oscuro, esto depende de la hidratación del paciente.
Ph de la orina debe de estar entre 4,6 y 8,0.
No debemos encontrar glucosa.
No debemos encontrar proteínas.
No debemos encontrar hematíes.
No debemos encontrar leucocitos.
No debemos encontrar nitritos.
No debemos encontrar bilirrubina.
No debemos encontrar hemoglobina.
Puede haber presencia de urobilinógeno en la orina normal.

VALORES ANORMALES
Color de la orina turbio, puede deberse a la presencia de pus o infecciones, el color amarillo oscuro se debe a la presencia de bilirrubina o urobilingeno, el color rojo generalmente suele deberse a la presencia de hematíes o hemoglobina por problemas renales, y hay veces que la orina nos la encontramos con un Cloe verdoso y esto se debe a la presencia de algunas pseudomonas.
El Ph superior a 7,5 se encuentra en una orina alcalina e inferior a 5 es una orina ácida.
La orina ácida puede producir cristales de acido úrico y oxalato cálcico.
La orina alcalina tiene tendencia a formar cálculos de fosfato de magnesio.
La presencia de albúmina puede indicar enfermedad renal.
La presencia de glucosa elevada en la orina es un indicador diabetes.
La presencia de proteínas indica problemas renales, como glomerulonefritis.
La presencia de cilindros puede deberse a acúmulo de proteínas o células.
La presencia de cuerpos cetónicos suele estar elevada en personas que están haciendo dietas para adelgazar y también en los diabéticos.
La presencia de hematíes en la orina puede ser un indicador de sangrado renal.
La presencia de leucocitos en la orina suele indicar que hay infección, aunque también pueden encontrarse derivadas de otras enfermedades infecciosas que no sean urinarias.

La presencia de bilirrubina es un indicador de problemas hepáticos o de las vías biliares.
La presencia de nitritos indica infección urinaria.
La densidad nos indica el estado de hidratación del organismo.

5 Discusión-Conclusión

El 50% aproximadamente de las muestras de orina recibidas en el laboratorio de urgencias tienen algún tipo de alteración.
Lo más común son las infecciones urinarias producidas por bacterias como la Escherichia Coli, aunque también hay muchas otras con un valor elevado de proteínas que indican algún tipo de enfermedad renal y otras con un valor elevado de bilirrubina que indican problemas hepáticos.
También hemos observado levaduras en varias orinas, suele ser algo muy común en mujeres y en muchas de ellas no producen ningún síntoma.
Muchas otras tienen hematíes en la orina que puede deberse a ejercicio físico intenso sin significar graves problemas de salud y otras proceden de personas mayores que presentan la orina coloreada a causa de medicamentos sin necesidad de que sean orinas anómalas.
El otro 50% son orinas normales, sin ningún tipo de alteración.

6 Bibliografía

Hemos recogido información de sego.es, tuotromedico.com y de conocimientos adquiridos trabajando en el laboratorio de urgencias varios años.

Capítulo 330

PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE MALARIA

SANDRA MARÍN YEPES

INÉS LOZANO MORENO

MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA

GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES

MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ

1 Introducción

La malaria es una infección causada por un parásito. El parásito se transmite a los humanos a través de la picadura de mosquitos hembras infectados.
Cuando la persona es infectada, los parásitos (esperozoítos) circulan por la sangre hasta llegar al hígado. En el hígado es donde maduran y se convierten en merozoítos; estos parásitos ya maduros pasan al torrente sanguíneo e infectan los glóbulos rojos.

Existen otras formas de contraer malaria son por la exposición a sangre infectada, como son de la madre al feto, a través de una transfusión sanguínea y al compartir agujas entre personas toxicómanas.

La malaria es poco común encontrarla en climas templados, pero si que es una infección muy común en los países tropicales y subtropicales.

Los síntomas y signos de la malaria suelen aparecer unas pocas semanas después de la picadura del mosquito infectado, suelen ser fiebre , escalofríos , nauseas y vómitos, dolor de cabeza, malestar general y dolor muscular. Aunque hay algunos tipos de parásitos de malaria que pueden permanecer en el cuerpo hasta un año sin producir síntomas.

El test rápido para malaria es un inmunoensayo cualitativo basado en membrana para la detección de antígenos Plasmodium falciparum, P, Vivax, P. Ovale y P. Malarie en sangre entera. La membrana está pre-cubierta con anticuerpos para hacer que reaccione si la sangre del paciente está infectada.La finalidad de esta prueba es identificar si el paciente está infectado por el parásito de la malaria.
En la prueba rápida la muestra de sangre entera reacciona con el conjugado coloreado, que ha sido recubierto previamente en la tira.
El dispositivo para detección rápida de malaria tiene tres pocillos, uno está identificado con una S (es donde se añade la muestra a estudio), otro con una B (es donde se añade la solución tampón) y otro pocillo más alargado donde esta señalado con la C de control.

2 Objetivos

Describir el procedimiento de realización de la prueba de diagnóstico rápido de la malaria.
Exponer los resultados de 100 pruebas realizadas.

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.
Por otro lado, se ha estudiado el resultado de 100 pruebas realizadas a hombres y mujeres procedentes de países tropicales o subtropicales y de personas que han viajado a alguna de estas zonas.

4 Resultados

Respecto al procedimiento de realización de la prueba, los pasos a seguir son los siguientes:
- Colocar el dispositivo de prueba en una superficie limpia y nivelada.
- Añadir 5 microlitros de sangre entera del paciente en el pocillo de la muestra.
- Añadir 3 gotas de la solución tampón.
- Esperar a que aparezca la línea de color .
- Leer los resultados a los 10 minutos.

Respecto a la interpretación de resultados, es la siguiente:
- Infección por P.falciparum o malaria mixta: aparece una línea en la zona del control, una línea en la zona Pan y una línea en la zona P.f.
- Infección por P.falciparum: aparece una línea en la zona de control y otra en la zona P.f.
- Infección por especies de Plasmodium no P.f: aparece una línea en la región de control y otra en la región Pan.
- Negativo: Solo aparece una línea de color en la región del control
- No válido: No aparece línea de control.

Para completar nuestra investigación, hemos recogido datos de 100 test realizados de malaria. Se presentan a continuación los resultados:

12 de los test han dado un resultado positivo y 88 de los test un resultado negativo. Del total de muestras estudiadas 43 pertenecían a mujeres y 57 pertenecían a hombres.
En una de las muestras realizadas se obtuvo un falso negativo que al comprobar realizando el frotis sanguíneo se observó en el microscopio plasmadium en los hematíes del paciente. Esto se debe a que la infección era muy débil y la carga de parásito en los hematíes del paciente no era la suficiente para que el test rápido la pudiera detectar.
El 50 % de las pruebas estudiadas de malaria procedían de personas que venían de países como Nigeria, República Democrática del Congo, Uganda, Mozambique, Angola y el otro 50% procedía de personas que habían visitado algún país tropical o subtropical y que al regresar habían tenido síntomas relacionados con esta enfermedad, como fiebre, escalofríos, sudoración y dolor de cabeza.
De todas las pruebas realizadas y con resultado positivo solo dos de ellas eran de personas que habían viajado a uno de estos países y que se infectaron a causa de la picadura de un mosquito, y las otras diez pruebas positivas fueron de personas

que residían en países tropicales.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el test rápido de malaria salga negativo o positivo siempre se debe hacer un frotis sangíneo llamado gota gruesa para observar al microscopio y comprobar la existencia o no de este parásito.
La principal ventaja que ofrecen las pruebas rápidas de malaria es que son fáciles de realizar e interpretar. Además, proporcionan resultados con rapidez, disponibles en poco tiempo (aproximadamente, entre 15 y 30 minutos).

Sin embargo, también existen desventajas. En ocasiones, no son capaces de determinar información relevante, tal como la especie de Plasmodium o la cantidad del parásito en la sangre del paciente.

Hay que tener en cuenta, que la eficacia de los test rápidos de malaria disminuye en pacientes en los que la presencia de parásitos en sangre es muy baja.

6 Bibliografía

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

Capítulo 331

PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS EN ORINA DE S.PNEUMONIAE Y L.PNEUMOPHILA

SANDRA MARÍN YEPES

INÉS LOZANO MORENO

MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA

GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES

MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ

1 Introducción

Legionelosis se le llama a la infección por legionela, se puede mostrar de dos maneras, una de carácter leve, con fiebre y sin síntomas pulmonares, que se llama enfermedad de Pontiac, y otra más grave con complicaciones pulmonares, fatiga y dificultad para respirar que se llama enfermedad del legionario.

En los sitios de aguas dulces como lagos y arroyos encontramos a las bacterias de legionela. Estas bacterias pueden causar un serio peligro en la salud de las personas cuando se multiplican y difunden en los sistemas de agua artificiales de los edificios, como:
- Grifos y cabezales de ducha
- Sistemas de agua de hoteles y hospitales

- Bañeras de hidromasaje
- Fuentes
- Calentadores y tanques de agua

Cuando las personas inhalan las gotitas de agua que contienen estas bacterias pueden contraer la enfermedad.

El neumococo es una bacteria que se puede encontrar en la boca y la faringe sin que cause síntomas, porque forma parte de microbiota habitual. Pero otras veces puede causar infecciones leves como la otitis y sinusitis, o infecciones graves como neumonías, sepsis y meningitis.
A causa de un contacto íntimo prolongado, por contacto directo de persona a personas o por vía respiratoria, se puede infectar una persona por neumococo.
Las personas que más predisposición tienen a contraer la enfermedad son los bebés, los niños pequeños, las personas mayores y personas con el sistema inmunitario bajo.

La prueba de antígenos en orina es una prueba rápida de flujo lateral para la detección cualitativa de S.pneumoniae en muestras de orina humana y LCR, y de antígenos de L.pneumophila en muestras de orina humana.

La prueba es eficaz en el diagnóstico de presunta neumonía por S.pneumoniae o neumonía por Legionella, es conveniente realizar el cultivo de orina u otros métodos de diagnóstico para asegurarnos del resultado obtenido en la prueba.

La prueba rápida de detección de antígenos es muy importante para confirmar la infección en la fase inicial, porque nos permite poner el tratamiento correcto al paciente lo más rápido posible.

2 Objetivos

- Obtener resultados rápidos y precisos para identificar la enfermedad y poner el antibiótico correcto al paciente lo antes posible.
- Descartar otras enfermedades de origen respiratorio.

3 Metodología

Es necesario realizar los controles positivo y negativo que vienen en el kit para confirmar que el lote que vamos a utilizar está correctamente.
Para los controles se debe seguir el mismo procedimiento que para las muestras.

En el control positivo deberá aparecer una línea en la zona de control y otras dos líneas en la zona que detecta S.pneumoniae y L.pneumophila.
El control negativo solo debe aparecer una línea en la zona de control de la tira.

1. La muestra de orina del paciente debe estar a temperatura ambiente.
2. Añadir 3 gotas (120 microlitos) de muestra en un tubo de ensayo con la pipeta que viene en el test.
3. Añadir 2 gotas (90 microlitros) de tampón de migración al tubo de ensayo.
4. Mezclar suavemente.
5. Introducir la tira reactiva en el tubo de ensayo.
6. Esperar 15 minutos.
7. Sacar la tira y leer los resultados.

4 Resultados

- La línea de prueba de control de la parte superior aparecerá de color morado/gris.
- Si no se observa ninguna línea de control, significa que la prueba no es válida.

- RESULTADO POSITIVO EN LEGIONELLA Y S. PNEUMONIAE, se observa una línea de color rojo en la mitad inferior de la prueba en caso de positivo para S.pneumoniae seguida de una línea azul en el medio en caso de positivo en L.pneumophila, y en la parte superior de la prueba aparecerá una línea de control en color morado/gris.
- RESULTADO POSITIVO EN LEGIONELLA, mostrará una línea azul, y en la parte superior de la prueba una línea de color morado/gris que identifica el control.
- RESULTADO POSITIVO EN S. PNEUMONIAE, mostrará una línea roja, y en la parte superior de la prueba una línea de color morado/gris que identifica el control.
Aunque las líneas para el resultado de Legionella y S.pneumoniae sean débiles, se dará el resultado como positivo.
- RESULTADO NEGATIVO, solo se mostrará una línea de control de color morado/gris.

Un resultado negativo no significa que no pueda haber una infección por Legionella, ya que puede ser causada por otros serogrupos y especies de Legionella. Los resultados de detección de antígenos, los cultivos y la PCR (reacción en ca-

dena de la polimerasa), se deben combinar para obtener un diagnóstico más preciso.
Un resultado negativo no descarta una infección por S.pneuminiae. Para realizar un diagnóstico preciso, es necesario utilizar el resultado de esta prueba, así como un cultivo, una prueba serológica u otros métodos de detección de antígenos junto con las manifestaciones clínicas.
A partir de una orina muy alcalina (Ph igual o superior a 9) puede obtenerse resultados falsos que pueden llevar a falsos positivos de S.pneumoniae. Los lubricantes a base de agua pueden dar como resultado falsos positivos o líneas grises para L.pneumophila si se encuentran en la muestra a niveles altos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos realizado un estudio a 100 muestras que han llegado al laboratorio, de las cuales 5 de ellas fueron positivas en S.pneumonie, 94 fueron negativas y 1 de ellas fue positiva en Legionella.
Para confirmar la prueba positiva en Legionella hemos realizado una siembra en el agar selectivo de legionella, que se incuba en estufa a 37 ℃, 24 h para observar si han crecido las colonias.
Además se le realiza una prueba de aglutinación (reactivos de látex de aglutinación de legionella) que consiste en añadir una gota de muestra de orina junto a otra de látex en uno de los pocillos que continentemente el test y se mezcla con un asa de siembra estéril. Se coloca en un mezclador rotatorio durante 2 minutos y se observa si la mezcla aglutina o no, en el caso de ser positiva la muestra aglutina.

6 Bibliografía

Hemos recogido información de wikipedia, de inmunoview y de los propios conocimientos realizando la prueba rápida de detección de legionella y S.pneumoniae en el laboratorio de urgencias.

Capítulo 332

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

SILVIA LLANEZA SECADES

1 Introducción

¿Que es la reanimación cardiopulmonar?
La RCP es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que consiste en aplicar presión rítmica sobre el pecho de una persona que ha dejado d respirar o el corazón haya dejado de palpitar

Existen 2 tipos de reanimación cardiopulmonar:
-RCP básica que es la que debería de conocer toda la población
-RCP avanzada que es la que llevan a cabo los profesionales sanitarios y requiere el uso de instrumental y fármacos
La RCP básica hay que iniciarla lo antes posible, su objetivo fundamental es conseguir la oxigenación de emergencia para la protección del SNC y otros órganos vitales.
Las maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas son fáciles de realizar y cualquier persona puede aprenderlas. Todos los ciudadanos deberían de conocer y entrenarse en estas maniobras.
La reanimación cardiopulmonar básica consta de una serie de pasos o maniobras que deben realizarse de forma secuencial.
Es muy importante recordar bien el orden de los pasos de una RCP, ya que hacer dichas maniobras en un orden equivocado sirven de muy poco.. No se debe pasar

de un paso a otro sin estar seguros de que la maniobra anterior esté correctamente realizada. La RCP debe realizarse de forma rápida, pero sin apresurarse para asegurar que cada una de las maniobras sea efectiva, ya que los primeros minutos son de vital importancia

2 Objetivos

Dar a conocer los conocimientos básicos acerca de la reanimación cardiopulmonar

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 y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo

4 Resultados

En una situación de emergencia es de vital importancia una actuación rápida ante una persona que ha dejado de respirar.
La RCP combina respiración boca a boca y compresiones torácicas, en la respiración boca a boca se suministra oxigeno a los pulmones y en las compresiones torácicas se mantiene la sangre oxigenada circulando hasta que se pueda restablecer la respiración y el latido cardíaco.
Para ello es importante actuar de forma inmediata y manteniendo la calma hasta la llegada del personal sanitario para evitar complicaciones y lesiones.

Algunos de los principios básicos de la actuación del socorrista son:
-Mantener la serenidad pero actuar con rapidez
-Asegurarse de que no existan mas peligros
-Hacer una evaluación de los daños
-Si la intervención se realiza dentro de los 3 -4 minutos primeros tras la parada cardíaca pueden incrementarse mas del 50% las posibilidades de supervivencia de la persona afectada.
Para ello cualquier persona debería tener unos conocimientos mínimos imprescindibles para que la ayuda sea eficaz en la labor de auxiliar al afectado

Si se tiene formación en la reanimación cardiopulmonar se debe alternar 30 compresiones con 2 insuflaciones tapando la nariz, en bebés no tapamos la nariz y al insuflar abarcamos tanto la boca como la nariz.
Si no tienes formación en RCP o no te ves capacitado al menos es preferible hacer compresiones continuas hasta que llegue el personal sanitario.
En resumen, los objetivos básicos de la reanimación cardiopulmonar son:
Conservar la vida de la persona minimizar las complicaciones físicas y psicológicas, ayudar a la recuperación y garantizar su traslado a un centro sanitario.
Es una obligación moral y legal socorrer a una persona que se haya desamparada y en peligro manifiesto y grave cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio y de terceros

5 Discusión-Conclusión

Los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística, demostraron que las enfermedades del corazón son una de las principales causas de mortalidad tanto en hombres como en mujeres.
Sin embargo aunque todos podemos vivir una situación de emergencia, muy pocos son los que realmente tienen conocimientos básicos en primeros auxilios. Para ello es de vital importancia tomar conciencia y difundir la técnica de reanimación cardiopulmonar(RCP).Esta simple maniobra nos permitirá salvar vidas y no hay mayor tranquilidad y satisfacción que saber como reaccionar ante estas situaciones es por ello que los simulacros de emergencia serían sumamente importantes para saber como actuar en estos casos.

6 Bibliografía

https://www.ncbi.nlm.nih.gov./pubmed/.
https://www.medlineplus.gov/spanish/.
https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 333

COPROCULTIVO. PROCEDIMIENTOS Y FINALIDAD

ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ

MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA

M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO

EVA TRUJILLO UTRILLA

LEIDY LORENA RAMOS SILVA

1 Introducción

La diarrea puede definirse como el proceso que va acompañado de eliminación frecuente de heces, disminución de su consistencia o ambas cosas. Ante la sospecha de este cuadro de infección debe hacerse un correcto estudio microbiológico.

El coprocultivo, conocido como cultivo microbiológico de heces, es un examen que tiene como objetivo identificar al agente infeccioso en alteraciones gastrointestinales.

Para la realización de este examen, la muestra de elección debe ser una porción de heces diarreicas, nunca heces formes. Las muestras de heces se procesarán para cultivos de las 4 a 6 horas siguientes a su emisión, si no es posible, es conveniente su conservación en un medio de trasporte adecuado, manteniéndose en refrigerador hasta su siembra.

Existen muestras que son inaceptables, tales como, las no conservadas de más de 4 a 6 horas, muestras preservadas cuyo indicador está virado indicando fallo del sistema o muestras múltiples del mismo día.
En la mayoría de los casos además del coprocultivo se suele realizar el examen parasitológico de heces que es un examen que identifica la presencia de parásitos en las heces. Si la muestra es remitida para el estudio de la toxina Clostridium Diffcile es mejor congelarla a menos 20ºC hasta que se realice la prueba. Los escobillones rectales son aceptables sólo para muestras de cultivos de niños con diarrea aguda, los escobillones no deben mostrar heces.

2 Objetivos

• Definir muestra de coprocultivo y la finalidad de esta.
• Dar recomendaciones a la hora de la recogida de la muestra del coprocultivo.
• Exponer el procedimiento e interpretación de la muestra.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo 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, Medine y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez recolectada y almacenada correctamente la muestra esta debe ser llevada al laboratorio para realizar dicho análisis. El laboratorio coloca las heces en medios de cultivo específico, que permite el crecimiento de las bacterias invasoras y toxigénicas, que son aquellas que no forman parte de la microbiota normal o que, sí forman parte, pero producen toxinas y ocasionan el surgimiento de síntomas gastrointestinales.
Dentro del procedimiento de los coprocultivos, encontramos:
1. Examen directo: el examen microscópico de las heces persigue la observación de polimorfonucleares que dan lugar a la infección por un patógeno invasivo.

a. Examen en fresco y/o tinción con azul de metileno. b. Tinción de Gram que permite observar polimorfonucleares y flora predominante.
2. Inoculación: el coprocultivo se realiza mediante la preparación de una emulsión de 1 o 2 gramos de heces en solución fisiológica en la cual se inoculan los medios de cultivo. a. Placa de Agar sangre: en caso de disbacteriosis se informa el tipo de microorganismo, no es recomendable la realización del antibiograma por el uso excesivo de antibióticos. b. Medios entéricos: se usan para diferenciar bacilos entéricos, fermentadores de la lactosa y los no fermentadores al tiempo que inhibe el crecimiento de flora Gram positiva. c. Medio líquido: se utiliza el selenito F para suprimir el crecimiento de la flora normal durante las horas iniciales de la incubación. Se resiembra en medio solido a partir de las 6 horas.
3. Cultivos especiales: el medio de enriquecimiento para estos cultivos es el agua de peptona alcalina a partir de las 6 horas del subcultivo. Dentro de los cultivos especiales encontramos: a. Clostridium Difficile, se debe considerar siempre en enfermos con diarrea y más de 4 días de hospitalización, sobre todo si han sido sometidos a un tratamiento antibiótico. Se debe incubar de 48 a 72 horas en anaerobiosis. b. Bacillus Cerius, Clostridium Perfringens y Staphilococcus Aureus; solo se realiza en laboratorios que realicen análisis de alimentos, cultivos de manipuladores de alimentos o materiales asociados con brotes de toxiinfección alimentaria. c. Escherichia Coli; estos procedimientos de aislamiento en heces de E.Coli habitualmente queda fuera de la práctica en la mayoría de los laboratorios por las posibles complicaciones, por lo que para esta cepa y por su gravedad, podría estar indicada la utilización de medios especiales.

5 Discusión-Conclusión

Después de recolectar y almacenar correctamente la muestra de heces, debe ser trasladada al laboratorio, en caso de no ser así se debe mantener a la temperatura adecuada dependiendo del tipo de cultivo que se le vaya a realizar.
En el laboratorio las heces son colocadas en medios de cultivo especifico que permiten el crecimiento de bacterias toxigénicas que no forman parte del cuerpo y que pueden ser las responsables de muchos de los síntomas gastrointestinales. A la hora de la realización del examen y su posterior análisis se debe conocer que el paciente no ha estado tomando ningún tipo de antibiótico en los últimos 7 días.
La interpretación de la muestra del coprocultivo debe realizarse por un médico especialista teniendo en cuenta que dependiendo de la técnica utilizada en cada laboratorio puede variar los rangos de los valores considerados como normales,

de los cuales, deben presentar una concentración del 50-70% de bacteria Gram negativa y una concentración del 30-50% de Gram positiva.

6 Bibliografía

1 Devkota B. Stool Culture. Medscape Drugs and Diseases. Disponible online en http://emedicine.medscape.com/article/2107038-overview.
2 Dowshen S. Stool Test: Bacteria Culture. KidsHealth from Nemours. Disponible online en http://kidshealth.org/parent/system/medical/test_bac_culture.html.
3 COPROCULTURA. NewLab. Disponible en: https://www.newslab.com.br/wp-content/uploads/yumpu_files/Especial%20microbiologia%20Pt.%201.pdf
4 Lehrer j. Fecal culture. MedilinePlus Medical Encyclopedia. Disponible online en https://www.nlm.nih.gov/medineplus/ency/article/003758.html.

Capítulo 334

LABORATORIO DE HEMATOLOGIA; HEMOGRAMA COMPLETO Y PELICULA DE SANGRE.

ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ

MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA

M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO

EVA TRUJILLO UTRILLA

LEIDY LORENA RAMOS SILVA

1 Introducción

La hematología se define como la rama de la medicina que estudia la morfología de la sangre y los tejidos que la producen. Dentro del laboratorio de hematología permite diagnosticar las principales enfermedades de ésta.
En la hematología se estudian hematíes, leucocitos y plaquetas, analiza sus proporciones, el estado general de las células y las enfermedades provocadas por el desequilibrio entre ellas.
Los hematíes tienen múltiples funciones importantes, pero la más importante es trasportar el oxígeno y el CO2.
Los leucocitos son elementos indispensables del sistema inmunitario, mientras que las plaquetas tienen como principal función participar en la coagulación de la sangre.

La hematología identifica dichos desequilibrios, y una de las pruebas del laboratorio más importante es el hemograma completo que consiste en un recuento y análisis de los diferentes tipos de células que forman la sangre, este hemograma puede contribuir al diagnostico de estos trastornos para facilitar la prescripción de tratamientos adecuados.
Sobre las pruebas que se realizan en el laboratorio de hematología el principal propósito es evaluar determinados aspectos sanguíneos, gracias a ello podemos contabilizar la cantidad de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas que se encuentran presentes en la sangre de una persona, así como, si la misma padece infecciones, exceso de hierro o anémico.

2 Objetivos

• Exponer la definición de hematología y componentes de la sangre.
• Desarrollo de las pruebas realizadas en el laboratorio de hematología.
• Definir y clasificar el hemograma completo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo 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, Medine y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando hablamos de hemograma completo hacemos referencia a un análisis de sangre que se utiliza para evaluar el estado de salud general de una persona y detectar una gran variedad de enfermedades, incluida la anemia.
Un hemograma completo mide los niveles de varios componentes y características de la sangre:
- Glóbulos rojos: transportan el oxígeno.
- Glóbulos blancos: combaten las infecciones.
- Hemoglobina: proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno.

- Hematocrito: la proporción de glóbulos rojos comparada con el componente líquido, o <plasma> de la sangre.
- Plaquetas que ayudan a coagular la sangre.

1. El hemograma completo suele realizarse por una serie de motivos: controlar la salud general, diagnosticar una enfermedad, controlar una enfermedad o supervisar un tratamiento médico.

Es importante destacar dentro del hemograma que los resultados se encuentren dentro de los valores de un hemograma de una persona adulta:

• Recuento de glóbulos rojos: o Hombre: 4,35-5,65 mil millones de células. o Mujer: 3,92-5,13 mil millones de células.
• Hemoglobina: o Hombre: 13,2-16,6 gramos/dl o Mujer: 11,6-15 gramos/dl
• Hematocrito: o Hombre: 38,3-48,6 % o Mujer: 35,5-44,9%
• Recuento de glóbulos blancos: 3,4-9,6 mil millones de células.
• Recuento de plaquetas: o Hombre: 135-317 mil millones. o Mujer: 157-371 mil millones.

Un aumento o disminución anormal en los recuentos de células evidenciados por el hemograma puede indicar que posee una enfermedad no diagnosticada y que debe evaluarse en breve.

2. Película de sangre: procedimiento que consiste en manchar un dispositivo de cristal, llamado porta, con sangre haciendo la llamada película de sangre. La cantidad, la forma y el tamaño de los glóbulos se observa a través de un microscopio para de esta forma observar o visualizar la presencia de cualquier célula anormal o no madura en la sangre.

3. Hematología básica automatizada: realiza el hemograma y su fórmula, revisa las alteraciones citomorfológicas, recuento de las células en líquidos biológicos y velocidad de sedimentación globular.

4. Hemato-oncología: este estudio obtiene un diagnostico citológico de sangre periférica, además del estudio en la medula oxea y en los tejidos hematopoyéticos.

5. Homeostasis: se refiere a las pruebas de coagulación de la sangre y al estudio de factores de coagulación y proteínas.

6. Inmunohematología: está relacionada con el estudio de anemias hemolíticas, determinación de grupos sanguíneos y anticuerpos irregulares presentes en la sangre.

5 Discusión-Conclusión

El laboratorio de hematología se encarga de analizar la sangre y sus componentes ya que la hematología es una rama de la ciencia que estudia los diferentes componentes de la sangre.
Debido a la gran importancia que tiene un déficit de estos en el cuerpo humano puede dar lugar al diagnóstico de graves enfermedades.
El técnico de laboratorio (TEL) debe conocer las principales pruebas incluyentes dentro del departamento de hematología destacando como primordial el hemograma completo, ya que es una de las principales pruebas en las que se basa el diagnostico de múltiples enfermedades; por ello debe conocerse el contaje de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

6 Bibliografía

1 Vives Corrons. J. capítulo 3, Examen morfológico de las células sanguíneas, Vives Corrons J. Aguilar J., Manual de Técnicas de laboratorio en Hematología, 4ª edición, Barcelona, Editorial Masson, 2014: p.59.
2 Gil J., capítulo 3, El Hemograma, Gil J., Hematología sin microscopio: El hemograma en la práctica clínica, 2ª Edición, Barcelona, editorial EGEDSA, 2006:7-33.
3 CLSI EP 28-A3C 2010 Defining, establishing and verifying Reference Intervals in the Clinical laboratory; approved guideline-Third Edition.

Capítulo 335

UROCULTIVO: QUÉ ES, CÓMO SE HACE Y QUÉ RESULTADOS TIENE

ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ

MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA

M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO

EVA TRUJILLO UTRILLA

LEIDY LORENA RAMOS SILVA

1 Introducción

El urocultivo, también llamado cultivo de orina, es el examen que tiene como objetivo confirmar la presencia de una infección urinaria, cistitis, pielonefritis y a su vez saber identificar el microorganismo causante de dicha infección. Para ello se necesita una muestra de orina, se recomienda que sea la primera orina de la mañana, desechando el primer chorro, sin embarco el urocultivo puede realizarse a partir de orina obtenida durante el día.
Con el urocultivo se solicita la realización de un antibiograma, el cual es posible identificar los antibióticos a los que se es más sensible o resistente a la bacteria de la infección urinaria.
El resultado de este examen puede demorar unos días, pero aun así se debe iniciar un tratamiento de forma inmediata con antibiótico general hasta conocer el antimicrobiano específico.

La orina, que es un líquido transparente y amarillento cuya función es la eliminación de residuos del tracto urinario, que en condiciones normales es aséptica y no contiene microorganismos infecciosos, sin embargo, en situaciones no normales puede contener bacterias, lo cual es conocido como bacteriuria, que si están presentes en una concentración elevada pueden causar una infección del tracto urinario. Dependiendo de la parte de este tracto que esté afectada, recibirá diferentes denominaciones: cistitis, uretritis, prostatitis, pielonefritis o absceso renal. Estas infecciones suelen producirse tanto en la comunidad como en personas hospitalizadas y es más frecuente en mujeres que en hombres.

2 Objetivos

• Desarrollar el concepto de urocultivo y distintas afecciones que puedan darse en el tacto urinario.
• Exponer la finalidad de la prueba de urocultivo.
•Explicar las Técnicas de realización y resultados del examen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo 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, Medine y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras la definición del examen del urocultivo la finalidad de éste es investigar la existencia de infecciones en el sistema urinario e identificar el causante de ello. Este examen está indicado cuando la persona presenta alguno de estos síntomas:
- Dolor o ardor al orinar.
- Secreción vaginal.
- Orina oscura.
- Anuria (poca cantidad de orina).
- Sensación de vejiga pesada.
- Picazón y enrojecimiento en la región genital.

- Orina con fuerte olor.

A la hora de realizar el examen de urocultivo se necesita una preparación previa:

- Recolectar la muestra.
- Alejar los labios de la vagina en la mujer y retraer el prepucio en el hombre.
- Descartar el primer chorro de orina.
- Recoger el resto de la orina en el recipiente.

La muestra deberá entregarse en el laboratorio lo antes posible para que los resultados sean lo más fiables posibles, en caso contrario, puede mantenerse hasta 2 horas a temperatura ambiente o refrigerarse 4ºC durante 24 horas.

Otra forma de obtener la muestra para el urocultivo puede ser con el uso de sonda urinaria, también llamado cateterismo vesical; de esta manera se evita la contaminación de la muestra.

Los resultados de este examen podemos clasificarlos en:

1 Negativo (-): No se observa crecimiento de colonias.

2 Positivo (+): Indica un crecimiento bacteriano y, por tanto, presencia de infección.

En el caso del antibiograma si el resultado es positivo, debe indicarse la bacteria, y se mostrará los antibióticos a los que la bacteria es resistente.

En otros casos, cuando la muestra o almacenamiento no se ha realizado de forma adecuada, podemos obtener una serie de resultados:

1 Falso positivo: contaminación de orina por otros microorganismos (sangre o medicamentos).

2 Falso negativo: si el PH de la orina es muy ácida (por debajo de 6) o está tomando antibióticos.

Normalmente cuando hay infección se observan más de 1 millón UFC/ML.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales pruebas diagnósticas y que determina múltiples enfermedades del tracto urinario, es el urocultivo. Dicha prueba consiste en la detección de aquellos microorganismo causantes de una infección.

A la hora de la recogida de la muestra es muy importante que ésta no se contamine para evitar un falso positivo o negativo; al igual que debe ser transportada de inmediato al laboratorio, o en caso de no ser posible, mantenerla de forma adecuada hasta poder realizar el examen de urocultivo.

La bacteriuria es la presencia de bacterias en la orina y que puede darse por una recolección inadecuada, contaminando la muestra y dando lugar a cambios en el

examen de orina, como la presencia de leucocitos, células epiteliales y en algunos casos glóbulos rojos.
La orina se evalúa a través de un examen general de orina, en el que se identifica la presencia de estas bacterias a través de un microscopio y una vez obtenidos los resultados, será el facultativo el que determine el tipo de tratamiento a seguir.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA
1 Dr. Lopardo Horacio. UROCULTIVO. Vol 3. Buenos Aires, Argentins: Britania, 1-23.
2 C. Ochoa Sangrador. Métodos para la recogida de muestras de orina para urocultivo y perfil urinario. Anales de pediatría. Asociación Española de Pediatría. Vol. 67. Num. 5; 442-449, 2007.
3 LABORCLIN. Manual para Antibiograma – Difusáo em disco (Kirby & Bauer). 2011. Disponível em: https://www.interlabdist.com.br/dados/noticias/pdf_190.pdf..

Capítulo 336

EL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO

JUAN LUIS PALOMO GARCIA

LUISA ISABEL PIMENTEL PINTO

JESSICA LUNA IGLESIAS

ESTEFANIA MARTÍNEZ GARCÍA

SONIA MARIA GARCÍA ABEIJON

1 Introducción

El acoso psicológico laboral (mobbing) según Einarsen, Hoes, Zapf y Cooper (2003) que la definen como "acosar, ofender, excluir socialmente a alguien o afectar negativamente las tareas de su trabajo. Para aplicar la etiqueta mobbing a una actividad, interacción o proceso en particular, éste tiene que ocurrir repetida y regularmente" (al menos una vez a la semana) "y durante un período de tiempo" (más de seis meses).

También se puedo definir como un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual, la persona afectada es objeto de acoso y ataques sistemáticos durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de hacerle el vacío. En definitiva, es uno más de los elementos de un fenómeno mayor: la violencia laboral, aunque el acoso psicológico laboral va más allá de la simple agresión física e incluye conductas que son susceptibles de violentar e intimidar

a quien las sufre. El acoso laboral es mucho mas que un simple conflicto entre dos personas. Es un fenómeno mas complejo, que solo puede ser comprendido mediante un estudio de factores sociales, individuales y organizacionales. Afectando a la salud tanto física como psicológica que las personas que lo sufren.

2 Objetivos

-Establecer el objeto, las conductas, así como los efectos del acoso psicológico laboral.
-Impulsar en las Instituciones sanitarias una serie de medidas que impidan comportamientos hostiles entre compañeros.

3 Metodología

Se revisaron diferentes bases de datos (Dialmet ISOC Ciencias Sociales y Humanidades, IME Biomedicina y Psyco Info). Se marcó un índice temporal entre 1996-2018, usando filtro de idioma español. Los marcadores utilizados fueron: mobbing, acoso psicológico laboral, factores de riesgo psicosociales. De un total de 157 referencias encontradas se han elegido 6 para un estudio más detallado por cumplir todos los criterios de inclusión.

4 Resultados

El acoso psicológico laboral tiene como objetivo el desgaste emocional y físico de la persona acosada guiando el ataque contra el equilibrio y la resistencia psicológica del trabajador víctima del acoso. En muchas ocasiones, el objetivo último que se persigue es que el trabajador tome la decisión, de forma voluntaria, de abandonar su lugar de trabajo. En otros casos, el propósito es eliminar a un posible competidor en la promoción laboral o bien, porque se ha convertido en un trabajador molesto.
Después de revisar varios estudios podemos clasificar las conductas del acoso psicológico laboral en:
1. Provocar aislamiento: restringiendo las vías de comunicación de la víctima deforma que el acosador evita dirigirle la palabra y no permite que los compañeros de trabajo se comuniquen con la víctima.
2. Cambios en el trabajo: pueden ser de varios tipos, trasladando a la víctima de lugar físico de trabajo, no asignarle nuevas tareas utilizando como pretexto que no

está capacitado, asignarle tareas que no tengan sentido o que sean degradantes.
3. Ataques a la vida privada y características personales: pueden ser inventadaso malinterpretadas intencionadamente, sobre la vida privada, como, por ejemplo, situación de pareja, historia familiar, problemas en la educación de los hijos… Y también ataques a las características personales como el tono de voz, o alguna discapacidad que presente.
4. Amenazas verbales: son las más utilizadas por los acosadores, las realizan através de gritos e insultos.
Por todas estas conductas, la víctima puede sufrir una serie de efectos:
-Ansiedad.
-Depresión.
-Trastornos emocionales y cognitivos.
-Trastornos psicosomáticos.
-Trastornos conductuales.
-Invalidez
-Desinterés en la vida social.
- Incluso pueden producirse intentos de suicidio.
Por lo tanto, se considera imprescindible que en las instituciones sanitarias se prevean las conductas antes descritas y dar unas pautas a todo el personal para evitarlo, debiendo dar importancia a los siguientes aspectos:
1. Hacer respetar a todos los trabajadores de su entorno laboral y especialmentelos de su mismo equipo de trabajo.
2. Promover las relaciones correctas. Ser cortés en el trato.
3. Potenciar la participación de todas y cada una de las personas que formen elequipo de trabajo.
4. Favorecer la comunicación en su entorno de trabajo.
5. Establecer un mecanismo en el que el personal pueda trasladar sus aportaciones a la incorporación de mejoras. 6. Facilitar la formación en habilidades sociales.
Por lo tanto, si la prevención del mobbing en el ámbito sanitario se hace efectiva, intentando reducir al máximo que se produzca dicho acoso laboral entre el personal no sanitario, repercutirá positivamente en la eficiencia, en el engranaje de los sistemas de salud, y en consecuencia en el bienestar tanto físico, psicológico como social del personal no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El acoso psicológico laboral es una grave patología organizacional. El mobbing laboral se intenta ocultar, por lo que es preciso concienciar sobre la necesidad de afrontarlo. Se considera necesario implantar protocolos de actuación ante el acoso laboral en todas las instituciones sanitarias, con el fin de, por una parte, proteger a las víctimas y por otra parte, establecer un régimen sancionador para aplicar a las personas que tras el procedimiento correspondiente sean identificadas como autores de haber actuado como acosadores. Asimismo, es preciso indicar que estos protocolos deben aplicarse en todos los casos que se detecten.
En consecuencia, dado el incremento de los casos de mobbing que se están registrando, es primordial llevar a cabo actuaciones preventivas, entre las que se puede señalar que en los centros de trabajo se desarrollen estilos democráticos de dirección.
La prevención del acoso laboral en el personal no sanitario es esencial con el fin de que no influya negativamente en el desarrollo del funcionamiento del centro de trabajo, al tratarse de un trabajo en cadena, y por supuesto un trabajo en equipo, trabajo que va dirigido a prestar cuidados y atenciones a personas con problemas de salud. Por lo tanto, la dirección del centro sanitario tiene la obligación de procurar estar vigilante para evitar que se produzcan situaciones de mobbing.

6 Bibliografía

1. Piñuel y Zabala, Iñaki. 2001. “Mobbing. Como sobrevivir al Acoso Psicológicoen el Trabajo”. Editoral Sal Térrae. Bilbao, España.
Asociación Psiquiatría Americana. 1998. “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-IV). Editorial Masson 4ta. Edición. Barcelona, España.
2. Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the develop-mentof Post-traumatic Stress Disorders. The European Journal ofWork and Organizational Pychology.
3. Adams, A. (1992). Bullying at work [Intimidación en el trabajo]. London: ViragoPress.
4. Bassman, E. (1992). Abuse in the Workplace. Westport, CT: Quorum Books.
5. Piñuel y Zabala Iñaki “Las 100 claves del mobbing. Detectar y salir del acosopsicológico en el trabajo” 2017 Ed. EOS Psicología.

Capítulo 337

IMPORTANCIA Y VARIACIONES DE LA OXIGENACIÓN EN PACIENTES COVID-19. VALORACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE OXIGENO/ HEMOGLOBINA

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA

MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA

MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDA

MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA

1 Introducción

La Pandemia COVIC-19 sigue evolucionando a nivel mundial de diferentes formas e impacto en los distintos países, en estos momentos las asociaciones entre Laboratorios, Servicios de Salud, autoridades, empresas y diferentes organizaciones aúnan esfuerzos para que los enfermos puedan ser cuidados.
Esta enfermedad ,COVID-19, puede implicar cuadros asintomáticos y otros que precisen hospitalización y UCI según la gravedad ,pudiendo afectar a varios órganos, el principal órgano afectado es el pulmón produciendo alteraciones en

la oxigenación , Neumonía e inflamación Tisular reactiva, y como consecuencia aparición de Insuficiencia Respiratoria que puede llegar a ser grave.
La presión arterial de oxigeno PaO2.nos indica el contenido en oxígeno que transporta la sangre arterial y la que puede llegar a los tejidos gracias a la Hemoglobina de los hematíes cuya principal función es transportar la hemoglobina y llevar oxígeno (O2) desde los pulmones a los tejidos y el dióxido de carbono(CO2) desde los tejidos a los pulmones. Es la responsable del color rojo de la sangre y principal proteína de los eritrocitos (15 g/dl de sangre), así las variaciones en la presión arterial o venosa podremos medirlas con la Gasometría.
El manejo clínico de estos procesos y la evolución de los pacientes no solo depende del virus sino también de las características personales de los pacientes. Por ello se requiere valorar tanto el Hemograma y la Bioquímica del enfermo COVID-19 pero principalmente el intercambio pulmonar gaseoso que se lleva a cabo mediante la Gasometría arterial en los laboratorios, aunque se monitorice al paciente para poder hacer el seguimiento en su evolución y su oxigenación.

2 Objetivos

• Estudiar la relación entre saturación de oxígeno SaO2.medida y la calculada a partir de la presión de oxigeno PaO2.
• Evaluar si realmente la infección por COVID-19 tiene efectos importantes sobre la relación entre oxígeno - Hemoglobina.

3 Metodología

El estudio se realizó con muestras procedentes de gasometrías arteriales y venosas de pacientes y enfermos con COVID-19 no graves obtenidas en el laboratorio en el pasado Marzo/Abril de 2020 y de otros dos grupos con otras patologías no COVID-19 y PCR negativas, pero relacionadas con patologías en el aparato respiratorio.
Las gasometrías se realizaron en aparatos de medición de gases (Siemens, Alemania) con sus respectivos controles de calidad, variables y desviación estándar, junto con los pulsioxímetros .Los valores que se midieron y se calcularon para las saturaciones de los distintos grupos se compararon con la varianza en los tres grupos.
Se analizaron unas 550 muestras de sangre arterial y 540 se sangre venosa en unos 350 pacientes de COVID-19, así como 2.200 muestras arteriales y 2.100 muestras venosas de otros dos grupos de pacientes, uno con cuadros pulmonares, febriles, y

PCR negativas, y el segundo con pacientes de dos meses anteriores a la pandemia con cuadros pulmonares. La incorporación de gasometrías arteriales y venosas fue esencial para comprobar si realmente existe una interrelación del oxígeno con la hemoglobina.

4 Resultados

Se contrastaron gasometrías arteriales y venosas por separado de pacientes COVID-19 y No COVID-19, junto a la pulsioximetría.que nos acercaron al grado de oxigenación que tiene la sangre cuando aparece Hipoxemia (disminución del nivel de oxígeno en sangre). A su vez se fue contrastando los niveles de Hb y de Ferritina de estos pacientes.
Se identificaron alteraciones:
• Cuando el pH y el HCO3 son bajos se desarrolla una acidosis metabólica.
• Cuando el pH y el HCO3 aumentan se presenta alcalosis metabólica.
• Cuando el pH disminuye y el CO2 aumenta se desarrolla una Acidosis respiratoria. Cuando el pH aumenta y el CO2 disminuye se produce una alcalosis respiratoria.
• Cuando la saturación de O2, es menor a 90% se registra una insuficiencia respiratoria.
De la misma manera, se logró identificar que es la población de sexo masculino quienes han desarrollado más complicaciones por Covid-19.
Los resultados de las cantidades de Hemoglobina y otros electrolitos en estos pacientes fueron fundamentales desde el inicio de la pandemia, con un uso frecuente y a diario tanto en atención primaria como urgencias hospitalarias y hospitalizadas.
Las cifras de la saturación arterial y venosa fueron similares y con muy poca variación en todos los grupos de estudio, cuyos valores pueden oscilar entre 100 mmHg y 80 mmHg, dependiendo de la edad (de 20 a 80 años) y medidos en condiciones normales, lo que equivale a una saturación de oxihemoglobina de 85 – 90%.
Los coeficientes de correlación en los pacientes de COVID-19 fueron para saturación de oxigeno 0,993 y 0,992 saturación arterial (para los otros dos grupos) y 0,995 la saturación venosa para los tres grupos.
En los pacientes con COVID-19 los resultados de la ferritina y Hemoglobina fueron incluso ligeramente superiores mientras que en los otros dos grupos fueron:
Hemoglobina $p<0.001$ en ambos (valor normal entre 12,0 a 17,0 g/dl)

Ferritina p<0,001 y p<0,05 (valor normal entre 30 a 400 ng / ml)
Algunos estudios recientes realizados en hematíes de estos pacientes con COVID-19, cuyos Neutrófilos están aumentados y disminuidos los Linfocitos, con alteraciones en la oxigenación han sugerido que podría el virus disminuir la tendencia del oxígeno hacia la hemoglobina e incluso disminuir la cantidad de moléculas en sangre.
Las pruebas de Gasometrías en sangre nos facilitaron datos cuantitativos precisos y rápidos en sangre total arterial o venosa para comprobar la oxigenación y otros electrolitos como pH, pCO2, pO2, Sodio, Potasio, Cloruro, Calcio, Glucosa, Lactato, Hematocrito, así como la saturación de oxígeno en esos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Clínicamente el SARS-COV-2 no influye en la afinidad del oxígeno por la hemoglobina ni tampoco en los niveles de ésta.
Así podemos decir que la presión arterial de oxígeno, es un buen marcador de oxigenación en sangre para la COVID-19, de ahí la importancia en estos pacientes. Permite detectar problemas respiratorios, alcalosis respiratoria, hipoxia e hipoxemia y enfermedades pulmonares como fibrosis quística, neumonías.
En el análisis post hoc, excluyendo los valores superiores a 100 mm Hg tampoco se encontraron a penas diferencias entre las saturaciones medidas y los valores calculados.
A valores altos o muy bajos de presión los cambios en la saturación son pequeños pero si baja por debajo de 50/ 60 mm Hg los descensos son muy notables y dramáticos, pero hay factores que pueden influir e interferir en estos valores y ser reales o no como la temperatura, pH, extracciones erróneas, muestras mal procesadas en el laboratorio, patologías y hemoglobinas anómalas y el estado de algunos pacientes en el caso del COVID-19.
Todo ello nos demuestra y al contrario que otros estudios que el virus del SARS-COV-2 en pacientes no graves no parece afectar a la afinidad del oxígeno por la molécula de hemoglobina, no se encontraron grandes diferencias ni variables importantes entre mediciones de las saturaciones por lo que la utilización de las gasometrías es de gran importancia en el seguimiento y evolución de los pacientes COVID-19.

6 Bibliografía

• Roussos C., Koutsoukou A. Respiratory failure. Eur Respir J. 2003;22(suppl 47):3s–14s. [PubMed] [Google Scholar]
• Siggaard-Andersen O. Determination and presentation of acid-base data. Contrib Nephrol. 1980;21:128–136. [PubMed] [Google Scholar]
• Liu W., Li H. COVID-19: Attacks the 1-beta chain of hemoglobin and captures the porphyrin to inhibit human heme metabolism. Chem Rxiv. 2020 https://chemrxiv.org/articles/COVID19_Disease_ORF8_and_Surface_Glycoprotein_Inhibit_Heme_Metabolism_by_Binding_to_Porphyrin/11938173 [Acceso en enero 2021] [Google Scholar] https://www.elsevier.es
› es-revista-medicina-familia-seme.
• Thomas T., Stefanoni D., Dzieciatkowska M., Issaian A., Nemkov T., Hill R.C., et al. Evidence for structural protein damage and membrane lipid remodeling in red blood cells from COVID-19 patients. J Proteome Res. 2020;19:4455–4469. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Capítulo 338

EFICACIA DIAGNOSTICA DE LA PAAF EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

SONIA LEÓN HERRAEZ

IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR

PILAR MARIA RODERO RONCERO

1 Introducción

La tiroides es una glándula endocrina que se localiza en la parte anterior del cuello, pesa unos 30 gr y se encarga de la producción de las hormonas Tiroxina (T4) y Triyotironina (T3).
Los nódulos tiroideos son bastantes frecuentes; con una prevalencia del 67% en la población adulta, de los cuales el 10% son nódulos malignos (carcinomas) y el resto son de carácter benigno (adenomas foliculares).
Las causas de la aparición de estos nódulos pueden ser varias, incluyendo la neoplasia de tiroides, la cual representa, en mujeres y personas mayores, el cáncer endocrinológico prevalente.
Los nódulos malignos son detectados en la práctica clínica médica en un porcentaje de entre el 3 y el 7% de la población. Pueden hallarse accidentalmente por palpación durante un examen físico, por manifestación clínica o durante el examen radiológico. Su detección ecográfica ha aumentado con el desarrollo de equipos de ultrasonido, de un 19% hasta 76%.
Una vez que se detecta el nódulo en el paciente, el principal problema que surge tras su descubrimiento, es distinguir si se trata de una lesión benigna o una lesión

maligna, para evitar futuras cirugías innecesarias, asegurar un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz en el caso de las lesiones malignas. Por lo que, si se detecta un nódulo durante la realización del abordaje clínico, se debe hacer exámenes complementarios, como puede ser una ecografía, una tomografía axial computarizada o una resonancia magnética; pero estas dos últimas pruebas no son consideradas las herramientas diagnosticas óptimas para el diagnóstico de patologías de tiroides. Sin embargo, la ecografía es la técnica de imagen con mayor accesibilidad, más barata y con una gran sensibilidad y especificidad.

Cabe mencionar que el porcentaje de detección ecográfica mencionado sube con la utilización conjunta de ecografía y la punción aspiración con aguja fina (PAAF). La PAAF de la glándula tiroides constituye una técnica diagnóstica actual de primera línea y de gran utilidad, que permite discernir y escrudiñar entre un nódulo tiroideo benigno del maligno, de forma segura, correcta y fiable, reduciendo de esta manera tiroidectomías innecesarias, además de ser una de las técnicas menos invasiva y con bajo porcentaje de complicaciones.

Las muestras obtenidas mediante la PAAF son remitidas para estudio citopatológico, lo que nos permite estudiar las células sueltas por medio de la tinción de Papanicolaou, donde el patólogo valora la cantidad de células que incluye la preparación, así como su morfología y la presencia o no de sustancia coloide, entre otras características.

El problema surge en los casos de muestras inadecuadas, en las que no se puede realizar diagnóstico. Estas pueden oscilar entre el 5 y el 15%. Para optimizar este resultado es fundamental la realización de extensiones celulares adecuadas. Según el consenso de Bethesda hay que tener en cuenta los siguientes criterios: que las extensiones contengan de 6 a 10 grupos celulares, cada uno de ellos contenga al menos de 10 a 20 células y que dichas células estén bien conservadas.

Estos porcentajes de casos de muestras inadecuadas, hacen necesario que, para el óptimo manejo de la patología de la tiroides, surja la necesidad de unificar criterios, a pesar de la cantidad de información disponible, ya que no existen muchos estudios que unifiquen criterios concordantes entre ecografía, el resultado de la PAAF y el reporte final del estudio histopatológico.

2 Objetivos

• Determinar cuál es la eficiencia positiva que posee la punción aspiración con aguja fina en el diagnóstico de los nódulos tiroideos teniendo en cuenta que esta técnica ha sido de utilidad en los últimos años para diagnosticar correctamente dicha patología, reduciendo de esta forma el número de tiroidectomías no nece-

sarias y proporcionar en función del paciente y la patología un tratamiento específico.
• Correlacionar los resultados obtenidos en la punción aspiración con aguja fina con la histopatología, para poder fundamentar de manera teórica los beneficios de la PAAF con respecto a los nódulos tiroideos.
• Comparar la efectividad diagnóstica y a su vez comprobar la concordancia de los resultados entre las extensiones citológicas de las muestras de los nódulos tiroideos obtenidas por PAAF y el diagnóstico histológico de las muestras de biopsia de la tiroides.

3 Metodología

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

4 Resultados

En base a la bibliografía consultada se establece en cuanto al planteamiento de la concordancia entre los resultados citológicos de la PAAF y el resultado histológico de la biopsia tiroidea, que ambas pruebas son de gran transcendencia para el estudio de las patologías tiroideas, y que el análisis de las células mediante la técnica citológica sirve de screening y permite al patólogo considerar la existencia o no de patologías, mientras que la histología le sirve para determinar el tipo de cáncer con exactitud.
Según Pacheco et al. 2018, la mayoría de los estudios evidencian que la PAAF de tiroides posee elevadas tasas de sensibilidad, entre un 65-99% y de especificidad 72-100%. Ante estos resultados, este procedimiento fue considerado de elección para el diagnóstico preoperatorio del nódulo tiroideo.
De igual forma, León et al. 2017 reveló que el porcentaje de concordancia entre las técnicas diagnósticas citológicas e histológicas fueron de un 100%, obteniendo que un 78.40% de los pacientes diagnosticados padecían patologías benignas, mientras que las patologías malignas representaban el 13.63%. Este resultado de concordancia tan óptimo conseguido, evidencia que las muestras de tiroides obtenidas mediante la PAAF poseen, para este estudio, protocolos de manejo y análisis correctos.

Resultados similares fueron evidenciados en el estudio de Quintero et al. 2019. Del total de pacientes que se les realizó la PAAF, se obtuvo un 75% con resultado negativo para células neoplásicas y un 25% con resultado positivo de las mismas. De igual forma que en los estudios anteriores, se determinó que el nivel de concordancia en general fue alto, demostrando que la PAAF es una buena herramienta para el diagnóstico en pacientes que reúnan condiciones de sospecha de malignidad.

Ante lo resultados obtenidos en los estudios publicados, en donde por lo general, los valores de sensibilidad varían entre 65% a 98% y de especificidad entre 73% a 100%, se determina que la punción aspiración con aguja fina de tiroides tiene un mejor rendimiento para los pacientes que requieren cirugía diagnóstica que cualquier otro método no agresivo o combinación de ellos, incluso algunos estudios apuntan que esta técnica es igual de exacta que el estudio intraoperatorio.

Aun así, no hay que obviar que en algunas investigaciones el porcentaje de sensibilidad y especificad puede ser considerado bajo. Los autores estiman, como en cualquier otro órgano, que la fiabilidad de la PAAF tiroidea depende del conocimiento y de la experiencia de los sanitarios del centro determinado, ya que se ha demostrado que estos porcentajes aumentan cuando la prueba es realizada por personal sanitario experto y con experiencia y con la posibilidad de una segunda punción inmediata en el caso de obtener poco material inicialmente.

5 Discusión-Conclusión

-Los resultados obtenidos tanto de la prueba citológica como de la prueba histológica concuerdan en un 100% en la mayoría de los estudios consultados, por lo que se recomienda seguir realizando estas las dos técnicas para una mejor indicación en los resultados de las patologías tiroideas, estableciendo la prueba citológica de la PAAF como estudio de screening y la prueba de histología para afianzar y concluir el resultado del diagnóstico.

-Establecer protocolos adecuados aplicables para el manejo y obtención que requiere las muestras de PAAF y así como para el procesamiento de las mismas de laboratorio, para que los resultados diagnósticos de las patologías tiroideas tengan una alta especificidad y sensibilidad.

6 Bibliografía

1. Pacheco Quituisaca Dalma C. Eficacia diagnostica de la punción-aspiración con aguja fina en pacientes con patología nodular tiroidea. [Internet][citado 2018].

Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31332.
2. León Vinueza J G. Frecuencia de patologías tiroideas diagnosticadas por la técnica punción aspiración aguja fina en el área de patología del Hospital General Enrique Garcés durante el periodo marzo-octubre 2017 [Internet][citado 2018]. Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17629.
3. Quintero Chang J, Candebat Correa S, Díaz Samada R. Clasificación TI-RADS y Citología por aspiración con aguja fina. Correlación en pacientes con nódulos tiroideos. [Internet][citado 2019]. Disponible en: http://www.forumestudiantilcienciasmedicas.sld.cu/index.php/forum/2020/paper/viewFile/3/3.
4. Eficiencia de la punción por aspiración con aguja fina en el diagnóstico de las afecciones del tiroides [Internet][citado 29 Oct 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000500577#::text=El%20valor%20predictivo%20positivo%20o,8%2D92%2C8).
5. Punción-aspiración con aguja fina en las lesiones tiroideas [Internet][citado Ene-Mar 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000100003.
6. Diagnóstico de los nódulos de tiroides mediante estudio citológico por punción y aspiración con aguja fina [Internet][citado Ene 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100001.
7. La punción con aguja fina método de estudio diagnóstico en nódulos de la glándula tiroides [Internet][citado Jun 2009]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-05822009000200004&script=sci_arttext.

Capítulo 339

VALORACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN URGENCIAS Y LA PROCALCITONINA. INDICE PCR/PCT.

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA

MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDA

MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA

MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA

1 Introducción

La PCR, proteína C reactiva, es una proteína que la produce el Hígado principalmente en respuesta a la Interleucina 6(IL 6) y que se encuentra en la sangre como respuesta a una inflamación , infecciones invasivas tanto bacterianas grampositivas cono gramnegativas que pueden estar causadas por diferentes enfermedades , ataque cardíaco, tuberculosis, fiebre reumática Cáncer etc. Como por infecciones fúngicas sistémicas.
Es una proteína de fase aguda, marcador establecido de Sepsis.
La PCT, procalcitonina ,es la prohormona de la calcitonina, es producida por numerosos tipos de células , las glándulas tiroides y órganos, tejido neuroendocrino en menor medida, tras la estimulación proinflamatoria especialmente elevada ,

causada por infecciones bacterianas graves, relacionándose con un fallo orgánico y la sepsis.
Normalmente la PCT está presente en sangre en niveles muy bajos,(<0.05ng/ml) y a penas detectables, pero en situaciones de infección, sepsis, etc diferentes órganos como riñones, hígado, pulmón o tejido adiposo la suelen segregar al torrente sanguíneo elevando estos niveles que por encima de 0.5ng/ml son patológicos.
Varias iniciativas han conseguido que los pacientes sépticos tengan mayor grado de supervivencia, junto a las estrategias utilizadas que van encaminadas al tratamiento y diagnóstico de los pacientes que llegan a urgencias, evaluando la importancia de las determinaciones de PCT Y PCR comparándolas con otros marcadores que se emplean en las analíticas de urgencias.

2 Objetivos

El objetivo del estudio es comparar y evaluar la utilidad pronostica que la determinación seriada de PCR y PCT podría tener en enfermos con infección o posible sepsis y en pacientes sanos, lo que sería de gran utilidad en el servicio de urgencias hospitalarias y en Planta hospitalaria a la hora de enfocar los tratamientos.

3 Metodología

En Los laboratorios de la zona trabajamos el estudio de PCR mediante turbidimetría (ADVIA) y PCT por Inmunoensayo (CENTAURO) tanto en Laboratorio de Urgencias cómo en muestras de suero de rutina procedentes de la zona y de Planta hospitalaria.
Se realizó un estudio prospectivo y observacional en el que incluyó 100 pacientes tanto ingresados en urgencias como de rutina, determinando PCR y PCT, junto al Coeficiente de Correlación de Pearson, que tanto mide PCR/PCT como los niveles de sodio, cloro, bicarbonato y déficit de base.
INDICE PCR/PCT
En estadística el coeficiente de correlación de Pearson es una prueba que mide la relación estadística entre dos variables continuas. Si la relación no es lineal, entonces el coeficiente no estará representado correctamente.
El coeficiente de correlación puede variar de +1 a -1.
Un valor de 0 indicaría que no hay asociación entre las dos variables.
Un valor mayor que 0 sería positivo. Es decir, a medida que se eleva el valor de una variable, lo hace a su vez el valor de la otra.

Un valor menor que 0 sería negativo; es decir, a medida que se eleva el valor de una variable, la otra disminuye.
Las dos variables deben de medirse a un nivel cuantitativo continuo.

4 Resultados

En individuos sanos los niveles se consideran normales de PCT entre < 0.50 ng/ml y hasta 2,0 ng/ml.
Se interpretan como elevación moderada entre 5 y 10 ng/ml, y valores superiores a 10 ng/ml se interpretan con elevado riesgo de probabilidad de sepsis o shock séptico.
Al elevarse los niveles de PCR con valores de PCT negativos puede ser indicativo de diversos procesos, inflamación, infección, procesos cancerígenos etc. Siendo la PCR una técnica sensible pero inespecífica para el estudio de sepsis grave.
Dado sus características y tomando ventaja de su especificidad aunque mucho menos sensible que la PCR, (para las infecciones bacterianas), es de gran utilidad la PCT para diagnosticar infección o shock séptico.
Según el estudio y observando los valores de PCR <0,50mg/dl no sería necesario realizar la determinación de PCT, ya que no se encontraron valores de PCR negativas con aumento de de los valores de PCT por encima de los valores de referencia.
Así la correlación de Pearson entre las variables estudiadas y por tanto el Indice PCR/PCT fue de 0.55mg/dl/ 0.03ng/ml.
Correlación de Pearson entre el Índice PCR/PCT
NA CL HCO3 DB PCR PCT
Índice PCR/PCT 0.22 0.89 0.93 0.22 0.55 0.33
Así un índice de 5.31 ± 7 se asociaría a malos resultados en esos pacientes asociándose a niveles de mayor mortalidad.
Por tanto en pacientes con sepsis, realizar una detección y control temprano es fundamental y en la actualidad con esos biomarcadores, PCR/PCT, disponibles a bajo coste, es de gran utilidad para el diagnóstico temprano de infecciones, sepsis o shock séptico.
La mortalidad hospitalaria fue alrededor del 22% y en UCI un 17,8%, los pacientes que fallecieron tuvieron comorbilidades asociadas.
Ninguno de los marcadores PCT, PCR y Leucocitos fueron signos de predicción de mortalidad en el día de ingreso en urgencias, mientras que los que sobrevivieron tuvieron unos niveles de PCT a las 72 horas del ingreso muchos más bajos que los que desgraciadamente fallecieron.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio realizado en esos 100 pacientes se demostró que ante PCR negativas, <0,50 mg/dl, no encontramos valores de PCT positivos para el diagnóstico de sepsis, <0.5ng/ml, exceptuando el periodo de 48-72 horas que existe de forma fisiológica tras el nacimiento en donde los valores de PCT se encuentran elevados por encima del rango de referencia de la población adulta sana.
Así mismo pese a que la PCT se libera precozmente ante los estímulos infecciosos, entre 2 a 3 horas, en los resultados que se toman en las primeras fases iniciales , pueden dar falsos negativos, por lo que se recomienda hacer varias seriaciones de la PCT para comprobar la fiabilidad de los resultados y orientar el tratamiento de esos pacientes. Así según se comprobó , ni los resultados de PCT al ingreso ni después de 72 horas nos aportaron información acerca de la supervivencia de los pacientes llegados a urgencias.
Los pacientes en urgencias o UCI cuya PCT no desciende sobre esas 72 horas deberían ser reevaluados para poder descartar otros focos infecciosos no diagnosticados o una pauta en el tratamiento incorrecta.
Por tanto la PCT, salvo excepciones, es un marcador más precoz que la PCR y los leucocitos.
La monitorización de PCT en la práctica clínica sería de gran ayuda para identificar a esos pacientes con mayor riesgo de mortalidad, optimizando el tratamiento y así su supervivencia.

6 Bibliografía

• https://www.medigraphic.com
http://www.bvs.hn
› https://www.diagnosticorapido.mx
›
• Liu, Li, Xu. Prognostic value of interleukin-6, C-reactive protein, and procalcitonin in patients with COVID-19. J Clin Virol. 2020.

Capítulo 340

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS TEST DE DROGAS DE ABUSO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. OBSERVACION DE LAS VARIACIONES EN EL CONSUMO.

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA

MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA

MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDA

MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA

MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

En estos últimos años se comunicaron entre 4000 y 5000 episodios de urgencias en España, referidos con el consumo de drogas de abuso.,tanto si era con finalidad terapeútica o no.
La situación de Pandemia vivida ha tenido gran impacto a nivel social y sobre todo en las Urgencias relacionadas con las Drogas de Abuso.
Las sustancias que más generan urgencias son el cannabis, la cocaína y los hipnosedantes.

Pero a lo largo de todo este tiempo las urgencias en drogas de abuso no han variado significativamente y la mayoría de los pacientes son dados de alta, así la resolución de las urgencias en función de la sustancia suelen ser ingresos por anfetaminas, heroína, otros opioides, hipnosedantes y cannabis, donde la edad media de las personas atendidas en urgencias va ascendiendo.
Así los individuos que consumen opioides e hipnosedantes tienen edad más avanzada mientras que éxtasis, cannabis, alucinógenos y anfetaminas son los más jóvenes.
Los test de drogas en orina nos dan un cribado de las sustancias que ha podido ingerir esa persona , por lo que son determinaciones cualitativas y específicas .
En estos últimos años, 2020-2021 concretamente, se revisaron los protocolos de urgencias y entre los cambios que se hicieron está, que dentro de los catálogos el alcohol e hipnosedantes se incluyeran como sustancias responsables de las urgencias.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es determinar si el consumo se ajusta en nuestra zona, (Castilla la Mancha)
Observar el consumo de drogas ante la tendencia nacional observada en el informe del Observatorio Español.

3 Metodología

Se analizaron las determinaciones de drogas solicitadas al laboratorio de Urgencias durante 2020/2021, unas 1350 muestras de orina para conocer la incidencia del consumo de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias.
Los laboratorios utilizaron un panel/Test con 10 drogas (TOX/SEEDrug Screen Test) BIO-RAD para determinar cualitativamente mediante inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral las drogas en Orina:
Cocaína, Metadona, Opiáceos, Metanfetaminas, Anfetaminas, MDMA, Fenciclidina, Tetrahidrocannabis, Barbitúricos, Benzodiacepinas

4 Resultados

Los resultados del estudio nos mostraron un aumento del consumo de Cannabis del 29,05%.

El cannabis, aun siendo ilegal se suele consumir en cantidades que la aproximan al tabaco y otros derivados del cannabis.
Son las más utilizadas en España y en Castilla- La Mancha tanto por jóvenes adultos como por adolescentes.
En estos años tras la pandemia se ha observado que el cultivo de esta droga para el autoconsumo, casi siempre casero, ha ido extendiéndose por todo el territorio nacional. Existen cada vez más variedades, lo que está originando además del deterioro cognitivo, numerosos cuadros de ansiedad y psicosis
Le sigue en importancia, un 12,83%, el consumo de Cocaína.
Se eleva el número de test positivos en Benzodiacepinas, 37,18 %, ya que en las urgencias se suele administrar a esos pacientes antes del envío de las muestras de orina.
El consumo de Metadona fue del 23,60% que responde al seguimiento de los pacientes de Atención primaria en el camino de su desintoxicación.
El consumo de opiáceos es de un 3,71%.
Seguido de un 1,68% de MDMA.
Barbitúricos 1.01% y de 0.33% de Anfetaminas.
La edad media fue de 30 a 50 años y en el 66% de los casos fueron varones.
El consumo de drogas de abuso suele estar oculto en un 25% de los pacientes que pasaron por las Urgencias hospitalarias ya que presentaban sintomatología derivada de su consumo.
En la mayoría, 60% de los casos, fueron las drogas el desencadenante de la presencia de estos pacientes en la Urgencia hospitalaria.
Hay que destacar que a su vez hay que contar que también en estos test y en estas técnicas pueden dar falsos positivos y falsos negativos por interferencias, muchos negativos salen porque esa sustancia no llega al punto de corte en concentraciones mucho mas altas en orina .Por ello deben confirmarse los resultados en caso de duda o sospecha.

Todos los indicadores que se utilizan, (Urgencias, datos, encuestas etc.), nos indican que las drogas de abuso están muy enraizadas en nuestra sociedad en el momento actual.
Las Urgencias han ido ascendiendo según todos estos patrones de consumo y sus reacciones adversas, tanto en consumidores como en los que ocultan su consumo, de lo que se deduce que es muy muy importante detectar de forma temprana para optimizar los recursos disponibles, y así poder diagnosticar y poder tratar correctamente a esos pacientes durante su estancia en urgencias pero mucho más una vez que salgan del Hospital.

5 Discusión-Conclusión

Estos Test en orina son los más utilizados hoy en día pero a su vez los mas invasivos y manipulables
Los resultados obtenidos se corresponden con los resultados de los test realizados y los resultados a nivel nacional, por lo que se ajusta al informe en el consumo.
Se han encontrado algunos positivos, a Fenciclidina, que es una sustancia que hasta ahora no era una droga común en nuestra zona y un aumento de los opiáceos y el cannabis.
En 2020 y 2021, se detectaron en España unas 25 nuevas sustancias psicoactivas, como son: catinonas , cannabinoides , fenetilaminas entre otras.
Los últimos informes nos indican que más de 83 millones de adultos de la Unión Europea, entre ellos España, establecen los continuos y crecientes desafíos en salud pública y sus riesgos.
Se hace patente la disponibilidad generalizada de dichas drogas en el mercado nacional y de la variedad de drogas de gran pureza y potencia.
El consumo y el creciente alcance de las sustancias sintéticas, advierten de su peligrosidad y sus consecuencias, pues muchas de las muertes que se dieron fueron por sobredosis de estas sustancias adulteradas.
Todo ello nos lleva a deducir lo mucho que está cambiando el consumo de drogas en estos últimos años y la necesidad de vigilar esta necesidad social, donde deberíamos desarrollar respuestas tanto sociales, sanitarias como de seguridad para luchar en fase temprana con las amenazas que van surgiendo de este mercado global.

6 Bibliografía

https://pnsd.sanidad.gob.es
› https://www.bio-rad.com
› https://www.ags-psicologosmadrid.com
› https://self-diagnostics.com
› frequently-asked-question

Capítulo 341

CITOMEGALOVIRUS O VIRUS DE EPSTEIN-BAAR

RAQUEL MORENO GONZÁLEZ

PILAR NAVARRO GALIANA

MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ

GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ

JOSE ANGEL GARCIA CUBERO

1 Introducción

CMV - También conocido como Herpes Virus Humano 5, miembro prototipo de la familia Betaherpesvirinae. Agente etiológico de la mononucleosis infecciosa, del linfoma de Burkitt y de cáncer nasofaríngeo. El CMV infecta a la mayoría de las personas en el mundo, generalmente sin producir síntomas evidentes. Pero en casos de trastorno inmune los efectos son variados y potencialmente muy graves hasta letales. En transplantados suele darse la trasmisión o la reactivación en caso de que el transplantado ya fuera seropositivo.
En general se estudian los casos y se tratan con retrovirales con buenos resultados. En el caso de transplante de médula ósea no hace falta estudiar cada caso, ya que el tratamiento se instaura siempre de forma preventiva por las características específicas de estos pacientes.
La infección puede ser congénita o postnatal. La postnatal se debe al hecho de que el número de portadores con infección latente es muy superior al de enfermos,

y en ellos se eliminan virus por faringe y orina durante meses. La infección congénita tiene una letalidad del 90% para el feto, y en el 10% restante los efectos son graves y generalizados. Si la transmisión sucede durante el momento del parto las manifestaciones clínicas son más graves. Después solo enferman individuos con trastorno inmunológico o transplantados. En adulto inmunocompetente es poco patógeno, pero en individuos inmunodeprimidos su virulencia es extraordinaria.

2 Objetivos

El objetivo de la realización de este capítulo es recapitular y actualizar los conocimientos sobre este virus, que afecta a la mayoría de las personas del mundo en algún momento de su vida, generalmente al final de la infancia y adolescencia, y en el caso de los pacientes inmunodeprimidos.

3 Metodología

Para redactar esta revisión bibliográfica se ha procedido a revisar en distintos libros especializados, material de cursos sobre microbiología y estudios acerca de este virus. También hemos consultado artículos editados en publicaciones científicas oficiales, encontrados a través de buscadores como Pubmed.

4 Resultados

La transmisión es por gotitas o contacto directo boca con boca. Durante el primer contacto con CMV el virus se multiplica activamente en las células epiteliales orofaríngeas, infectando más tarde a linfocitos B locales. En algunos de estos se desarrolla un ciclo productivo de nuevos viriones con muerte de las células infectadas.
Ya que el CMV se replica en un amplio espectro de células distintas, genera modelos infectivos distintos según la naturaleza del tejido afectado.
En hospedador inmunocompetente, la infección suele ser asintomática, pero el VEB es capaz de producir distintos cuadros clínicos:
- Mononucleosis infecciosa - La más común, en adolescencia e infancia tardía. Se define como una reticulosis reactiva e hiperplásica de origen infeccioso. Cursa de forma aguda con fiebre, cefalea, dolor de garganta, linfadenopatía cervical o generalizada, esplenomegalia, y a veces hepatitis y manifestaciones del sistema

nervioso central. Incuba entre 4 y 8 semanas. Suele ser benigna y remitir a los 8-10 días dejando estado inmunitario.

- Infección crónica persistente por VEB - Poco común y secundaria a la mononucleosis. Clínicamente presenta cuadro de malestar general, fiebre, alteraciones oftalmológicas y neurológicas.
- Neoplasias ligadas a la infección por VEB - Éste es un virus oncógeno, se ha demostrado su implicación en linfoma de Burkitt, carcinoma nasofaríngeo, ...

El diagnóstico se efectúa por la demostración de virus en cultivos celulares y tinción de Giemsa (característicos los cuerpos de inclusión intracelulares en "ojo de búho", lo que le hace ser conocida por la enfermedad de las inclusiones citomegálicas, y cuyas células infectadas pueden convertirse en células gigantes). También por métodos serológicos o detección del ADN o proteínas víricas. Los antígenos más útiles para el diagnóstico son: antígeno de la cápside vírica (VCA), componente restringido (EA-R) y componente difuso (EA-D) del antígeno precoz, y los seis antígenos nucleares (EBNA). En el curso de la mononucleosis aumentan IgG e IgM, en la infección pasada quedan anticuerpos IgG. El linfoma de Burkitt en su fase avanzada también presenta título elevado de IgG.

Casi todos los pacientes con VIH son seropositivos también para CMV. El cual suele reactivarse en estos pacientes siendo la retinitis la clínica habitual. Esta reactivación puede ser mortal aunque responde bien al tratamiento con antirretrovirales. Los pacientes sanos ingresados en UCI (IAM, quemaduras, shock séptico) suelen reactivar el CMV en un tercio de los casos y éstos suelen necesitar ventilación con más provabilidad, tienen ingresos más largos en UCI y, según algunos estudios, exceso de mortalidad.

CMV tiene capacidad de establecer una infección latente de por vida en el huesped, que al reactivarse puede ser fuente de enfermedad.

CMV es capaz de codificar una serie de moléculas de evasión inmunitaria a lo largo del ciclo de vida viral, los cuales se dirigen a todos los aspectos de la respuesta inmune, innata y adaptativa, incluso inhiben la presentación de antígenos a las células T.

La relación umbral relaciona la carga viral de cualquier virus con la enfermedad en humanos, este factor se debe tener en cuenta para el tratamiento de inmunodeprimidos, ya que los inmunosupresores hacen que aumente la carga viral y por tanto el daño en los órganos diana, y los esteroides causan la enfermedad al reducir el umbral requerido de carga viral.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento actual se basa en fanciclovir o valganciclovir. También como profilaxis en transplantados. Actualmente se están probando opciones de vacuna con buenas espectativas. También se estudian infusiones de anticuerpos monoclonales específicos de CMV para inmunodeprimidos y embarazadas.
El CMV históricamente se ha subestimado en la práctica clínica, ya que se ha considerado un virus tan común que el pequeño porcentaje de casos graves no merecía más explicación que el hecho de ser un paciente con un sistema inmune comprometido. Pero los estudios y ensayos han demostrado asociación con más enfermedades de las que se reconocen en los libros de texto estandar.

6 Bibliografía

1 - P. García Martos. R. T. Fernandez del Barrio y F. Paredes Salido. Microbiología práctica ISBN 8477861455. 379-394.
2 - Rafael Rotger Anglada. Microbiología sanitaria y clínica. Ed Síntesis. ISBN 8477385416. 469-473.
3 - Paul Griffiths, Ilona Baraniak, Matt Reeves. The patogénesis of human cytomegalovirus in the inmunocompromised host. The Journald of Pathology. 10 septiembre 2014. Pag 4437.

Capítulo 342

VIRUS VARICELA-ZOSTER

RAQUEL MORENO GONZÁLEZ

PILAR NAVARRO GALIANA

MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ

GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ

JOSE ANGEL GARCIA CUBERO

1 Introducción

El VVZ es un herpesvirus neurotrópico exclusivamente humano. Varicella y Herpes Zoster son dos manifestaciones clínicas distintas de la infección por un mismo agente.

Penetra por vez primera en el paciente por vía respiratoria y se replica en orofaringe. Desde allí alcanza la vía linfática y sanguínea para multiplicarse en los leucocitos mononucleares y células del endotelio capilar. También se multiplican en células epiteliales cutáneas, donde su efecto es visible a través de lesiones cutáneas, esta sintomatología (junto con otros síntomas como fiebre y picor)consituye la enfermedad que conocemos como Varicela, más frecuente en niños. Siempre se aconseja hacer un diagnóstico diferencial con lesiones herpéticas por Virus Herpes Simple.

Tras permanecer un tiempo de latencia,el cual puede ser muy variable, puede aparecer una segunda enfermedad causada por el mismo virus, herpes zoster, la cual se caracteriza por una erupción vesicular unilateral con distribución dermatomérica. Comienza con dolor en la zona cutánea inervada por el nervio sen-

sitivo cuyo ganglio tiene la infección latente de VVZ. Popularmente llamamos a esta sintomatología ”culebrilla”. Más frecuente en adultos e inmunodeprimidos. Su importancia reside en el número de contagios que suma cada año, similar a la tasa de natalidad, ya que casi todos los niños lo contraen en algún momento de su infancia. Aunque los síntomas son variados, en individuos sanos y con la pauta de vacunación correcta, no suelen revertir demasiada gravedad ni efectos a largo plazo.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es recapitular y actualizar conocimientos sobre este virus, con alto porcentaje de infección entre la población infantil. Conocer sus mecanismos, metabolismo y la forma más adecuada de evitar los síntomas más graves.

3 Metodología

Para escribir esta revisión bibliográfica se ha efectuado una consulta de apuntes de cursos especializados, libros de microbiología y estudios sobre dicho virus. También hemos accedido a otras publicaciones especializadas sobre este virus gracias a buscadores ”on line” como Pubmed.

4 Resultados

Virus con la morfología típica de los virus de la familia herpesviridae. Históricamente la relacción entre las etiologías de las variantes patologías de VVZ fué sugerido por primera vez por van Bol Kay en 1892, quien observó que los niños pequeños desarrollaban varicela tras la exposición a adultos con herpes zoster.
El método diagnóstico más usado es la búsqueda de antígenos en muestras obtenidas de la lesión cutánea, mediante inmunofluorescencia con anticuerpos monoclonales, el cual permite diferenciar VHS y VVZ. El diagnóstico indirecto consiste en la demostración de la seroconversión IgG y/o IgM específica, se utiliza para evaluar el estado inmune frente a VVZ en inmunodeprimidos y gestantes. Los anticuerpos IgM disminuyen en unos meses, pero los IgG continúan años tras la infección primaria. El rápido diagnóstico en laboratorio permite el tratamiento con antivirales, como aciclovir. También se recomienda la vacunación infantil con vacunas viva atenuada (cepa OKA, isotipo clínico japonés)

La varicela tiene un patrón estacional, con mayor incidencia a final de invierno y primavera, y la contraen casi todos los niños, por tanto su tasa de prevalencia es similar a la de natalidad. El herpes zoster no tiene patrón estacional, ya que resulta de la reactivación de un virus latente en lugar de nueva exposición a VVZ, con una incidencia mayor en mayores de 45 años y aún mayor en inmunodeprimidos.

La presencia de ADN viral entre 24 y 48 horas antes de la aparición del exantema corrobora la evidencia epidemiológica de que el VVZ es trasmisible antes de ver las lesiones y por tanto antes de tomar medidas de aislamiento del paciente.

Si el paciente no es inmunocompetente, el VVZ tiene potencial para causar una infección diseminada en pulmones, hígado, sistema nervioso central y otros órganos. Así en pulmones causa hipoxemia grave y alteraciones respiratorias. En hígado puede llegar a provocar una destrucción hepatocelular generalizada, que causa insuficiencia hepática fulminante. En sistema nervioso central causa encefalitis y ataxia cerebelosa. Pero la baja incidencia de caso hace que haya pocos estudios sobre los mecanismos del virus para llegar a provocar tales síntomas. Otra complicación de varicela es la trombocitopenia. La necrosis de glándula suprarrenal es común en la varicela fulminante y diseminada. También puede provocar glomerulonefritis, artritis, uveítis, necrosis retiniana, miocarditis, pancreatitis y orquitis.

La varicela congénita, cuando la trasferencia del VVZ es transplacentaria, es de caracter grave con efectos como: microcefalia con atrofia cortical y calcificaciones, hipoplasia de extremidades, defectos cutáneos y daños en el sistema nervioso autónomo.

La reactivación sintomática del VVZ provoca una erupción vesicular que involucra la distribución dermatormal de un solo nervio sensorial. Los cambios histopatológicos de la piel se asemejan a las lesiones de varicela pero con incremento de vasculitis. Su incidencia en adultos inmunocomprometidos le hace potencialmente grave en los casos de infección sistémica.

El cultivo celular no suele hacerse, ya que es costoso y más lento que la determinación por PCR de ADN viral o la detección de anticuerpos por métodos serológicos. El valor más importante de los ensayos de anticuerpo IgG contra VVZ es determinar el estado inmunitario de las personas cuyos antecedentes de varicela son desconocidos. La presencia de IgG es un marcador de infección latente.

5 Discusión-Conclusión

Ya que las personas son contagiosas entre 24 y 48 horas antes de notar síntomas, la prevención es difícil, pero despues de conocer la cercanía de un caso positivo en VVZ hay que evitar su propagación en colegios, las visitas a personas de alto riesgo. Y en el caso de que se conozca un contacto potencialmente peligroso para una persona de riesgo, se recomienda la profilaxis pasiva con anticuerpos CZIG (preparación de alto título de VVZ IgG) dentro de las siguientes 96 horas (mejores resultados si es dentro de las siguientes 48 horas).
La vacuna viva atenuada contra varicela la desarrolló en la década de los 70 Takahashi et al. con la cepa OKA de VVZ. Usando el método Takahashy y el Okastrain de VVZ, Merk & Co., Inc., han creado una vacuna similar en EEUU: Varivax. La vacunación en niños dentro de programas de vacunas del niño sano reduce de forma sustancial los síntomas de varicela, reduciendo la tasa de hospitalización en más de un 90% y justificando así su presencia en el plan de vacunación. Los adultos sin embargo, responden menos eficazmente a la vacuna, siendo necesarias dos dosis separadas cuatro semanas para conseguir seroconversión. Por esto solo se recomienda la vacunación de adultos en casos de inmunodeficiencias para prevenir las complicaciones más graves de la infección. Sin embargo, en niños inmunodeprimidos no se recomienda la vacunación, ya que puede llegar a producirle infección, en estos casos se recomienda la pauta vacunacional a familiares y convivientes con el niño.
Como dato curioso respecto a la vacuna, cabe resaltar que puede provocar latencia y su posterior reactivación como herpes zoster, aunque tiene una incidencia mucho menor que la latencia del virus adquirido en su estado libre.

6 Bibliografía

1. Tortora, Funke y Case. Introducción a la microbiología. Ed Acribia S.A. ISBN 8420007358. 318-349
2. J. A. García-Rodriguez y J. J. Picazo. Microbiología médica general. Harcourt Brace ISBN 8481741701. 427-577.
3. A. M. Arvin. Varicella-Zoster Virus: A not uncommon cause of stroke in children and adults. J. Stroke Cerebrovasc. Dis 2016 Jul; 25 (7): 1561-1569.

Capítulo 343

NEUMONIAS NOSOCOMIALES EN LOS PACIENTES INTUBADOS QUE PRECISAN DE VENTILACION MECANICA. DIAGNOSTICO Y TECNICAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA.

JOSE ANGEL GARCIA CUBERO

RAQUEL MORENO GONZÁLEZ

PILAR NAVARRO GALIANA

MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ

GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ

1 Introducción

Las neumonías nosocomiales en la actualidad son un importante problema en el ámbito hospitalario. En los pacientes Intubados que precisan de ventilación mecánica en largos periodos de tiempo suelen aparecer con mas frecuencia las complicaciones. Los pacientes con sindrome del distrés respiratorio son mas vulnerables aumentado los casos de Neumonías.

Hay muchos estudios en los que se analizan las características del enfermo y sus factores de riesgo durante su ingreso hospitalario que favorece la aparición de Neumonías. En todos se destaca la intubación orotraqueal o nasotraqueal aumentando las infecciones respiratorias respecto del resto de pacientes.

A pesar de controlar y disminuir estás infecciones, las neumonías son la primera causa de infecciones nosocomoiales en las UCI.

La mortalidad de los pacientes ingresados en UCI con ventilación mecánica es entre 20-40%.

La aparición de una neumonía en dichos pacientes es un factor determinante en su supervivencia.

Hay una gran diferencia de mortalidad dependiendo de que tipo de microorganismo sea el causante de la neumonía. Es muy superior en el caso de Bacilos Gram Negativo, especialmente cuando se identifica Pseudomona Aeuroginosa con una mortalidad muy alta.

Tambien suelen predominar otros gérmenes como Klebsiella Pneumoniae, Acinetobacter o Staphylococus. Aureus, asociados a brotes epidémicos.

La aparición de neumonías por Staphyulococus Aureus s e reacciona con traumatismos graves con un nivel de conciencia bajo, en edades inferiores a los 30 años y que no esta tomando tratamiento con Corticoides.

2 Objetivos

Enumerar las distintas técnicas para recoger muestras respiratorias y así poder llevar a cabo un buen diagnostico microbiologico es muy importantes que las muestras que nos lleguen al laboratorio sean de buena calidad.

Explicaremos:

1. Técnicas de diagnostico no invasivo

2. Técnicas de diagnóstico 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es muy difícil dar un diagnostico basado en datos clínicos fundamentalmente por que dichas infecciones están causadas por microorganismos comensales o telúricos (Pseudomnona Aeuroginosa, Eschericha Coli, Serratia Marcesceus, etc); difenciandolos de los patógenos primarios como son el Mycobacerium Tuberculosis, Legionella Pneumophila. Suelen colonizar la via respiratoria alta por la presencia de cuerpos extraños.

Ultimamente se esta trabajando en técnicas de obtención de muestras del parenquima pulmonar evitando la contaminación orotraqueal. Las vamos a clasificar en técnicas no invasivas e invasivas.

Técnicas de diagnostico no Invasivas:

1. Aspirado Traqueal mediante tubo endotraqueal o traqueostomia; Es un metodo sencillo de obtener secreciones respiratorias del paciente intubado. Su validez es muy limitada ya que casi todos los pacientes intubados están colonizados por microorganismos.

El cultivo cualitativo, es poco especifico, podemos matizar la información de las secreciones en base de los cultivos cuantitativos.

Este metodo es poco util para identificar presencia de Neumonías.

2. Hemocultivos; un hemocultivo positivo permite un diagnostico etiológico de neumonías con elevada probabilidad. Hay que tener en cuenta que el 20% de las neumonías nosocomiales viene acompañadas de bacteriemia.

Técnicas de diagnostico Invasivas:

Sabiendo que hay muchos microorganismos que producen Neumonías en los estudios de secreciones del tracto respiratorio alto, se empezaron a desarrollar téc-

nicas que permiten obtener secreciones respiratorias de los alveolos pulmonares. Con estas técnicas evitamos la contaminación con la flora comensal del tracto respiratorio superior.

Se empezo a desarrollar la Broncofibroscopia para la toma de secreciones, las técnicas usadas mediante la broncoscopia son:

- Mediante cepillado protegido con un doble catéter telescópico y tapón distal reabsorvible.

- Por Lavado Broncoalveolar (LBA)

- La punción transparietal con aguja ultrafina.

Estas técnicas al hacerse mediante broncoscopia permiten un acceso al tracto respiratorio inferior y poder escoger la muestra visualizando las lesiones inflamatorias mas evidentes. Puede existir contaminación de la flora del tracto respiratorio superior por la superficie externa del fibroscopio o por el canal de subción del fibroscopio o bien por el uso de lidocaina que puede inhivir el crecimiento bacteriano

5 Discusión-Conclusión

Para diagnosticar una neumonía nosocomial en pacientes sometidos a ventilación mecánica no solo sirve los criterios clínicos ya que se pueden confundir con cuadros graves similares y no tratarlos adecuadamente.

Es importante llegar a un diagnostico etiológico preciso ya que la neumonía es una enfermedad grave provocada por un amplio espectro de microorganismos.

Los cultivos de los broncoaspirados através del tubo endotraqueal ofrecen pocos resultados específicos. Por ello, si no existen contraindicaciones la toma de muestras idóneas es una broncofibroscopia.

La presencia de microorganismos intercelulares en una tinción de gram de una muestra tomada mediante lavado broncoalveolar es indicativo de neumonía. Si el paciente no esta con tratamiento antibiótico y tiene un recuento superior a 10UFCen una muestra obtenida por cepillado protegido tiene un criterio especifico para establecer un diagnostico.

6 Bibliografía

1. Fagon SY, chastres J. Domart Y et al. Nosocomial pneumonin in patients recinving continuos mechanical Ventilation. Prospective analysis 52 episodes with use of a protected specimen brush and cuantitativa cultura thechingues. Am Rev Dis 1989; 139:877-884.

2. Berger R, Arango L. Etiologia diagnosis of bacterial nosocomial pneumonia in seriously ill patients. Cria care Med 1985; 13:833-836.

3. Guerra F, Baughnman R.P. Use if brochoalveolar lavage to diagnose bacterial pneumonia in mechanically ventilated patients. Cria care Med 1990; 18:169-173.

Capítulo 344

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA DETECCIÓN ANALÍTICA DE CASOS POR ADICCIONES A LAS DROGAS

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

JUAN MORENO GARCIA

1 Introducción

Las drogas son sustancias que , tras su consumo, afectan muy negativamente al Sistema Nervioso , específicamente, al SNC, por lo que, provoca ciertos cambios en la conducta afectando a estados de ánimo de uno mismo e incluso en la percepción de las cosas. Por lo cual , la adicción ante este tipo de sustancias llega a ser peligrosa a largo plazo , ya que , termina habiendo una dependecia tanto psicológica como física de éstas por parte de los consumidores.
Las drogas de abuso más comunes que existen son: Anfetaminas (que provoca, por ejemplo, efectos de euforia), Éxtasis, Barbitúricos, Marihuana, Cocaína y Heroína. Los efectos de la Marihuana , Cocaína y Heroína suelen ser los siguientes: Para la Marihuana (producen efectos relajantes y de somnolencia, aumento del ritmo cardíaco...), para la Cocaína (disminución del apetito, hiperactividad, se dilatan las pupilas...), y para la Heroína (Disminución del ritmo cardíaco, muy baja sensibilidad al dolor, o cambios en la calidad visual). Y en cuanto a los efectos del Éxtasis y de los Barbitúricos; Éxtasis (Suele provocar efectos contrarios, por ejemplo, ritmos cardíacos acelerados y a la vez, estados de relajación y tranquilidad) . Y, por último , los Barbitúricos (ralentización de reflejos, alteraciones de la memoria...).

2 Objetivos

-Explicar la importancia y el gran peligro que tiene el consumo de drogas, las consecuencias que tiene a largo plazo, y como detectar analíticamente la presencia de una o varias drogas en el organismo.
-Conocer el trabajo que desarrolla el Técnico de Laboratorio en este tipo de pruebas.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El test de drogas es llevado a cabo por el personal técnico de laboratorio y es una prueba elegida para detectar este tipo de sustancias en el organismo en el que la muestra para realizar el test es la orina. En cuanto a la técnica empleada; la detección o análisis se lleva a cabo en un cassete o placa reactiva. En dicha placa reactiva , hay 5 orificios para depositar la muestra. Mediante una pequeña pipeta ésteril de plástico se toma una parte de muestra y , posteriormente, se depositan 3 gotas en cada orificio de la placa . Esperar 10 min a que se produzcan los resultados que se esperan.
En cuanto a los resultados que se pueden dar tras producirse las reacciones; Puede darse un resultado positivo en drogas, que se produce con la aparición , solamente, de una línea dibujada en la placa de reacción ; la de Control (C) para comprobar que se ha realizado correctamente el análisis , y la ausencia de esa segunda línea dibujada (la de Detección de la droga) en la placa será la que indique la positividad (P) de la droga específica que se encuentra presente en el organismo. Esta positividad se puede dar en varias drogas a la vez.
En caso de darse un resultado negativo, se indicará con la aparición de dos líneas dibujadas en la placa, la de Control , y la de Detección o Test en droga , que significará la ausencia de la droga / s. Estos resultados son enviados al médico

especialista para que pueda evaluar el caso del paciente más en profundidas y, por tanto, a partir de éstos, decidir el tipo de tratamiento para dicho paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los tratamientos que existen ante la presencia de drogas en el organismo y evitar su adicción son los siguientes: Orientación de conducta , una correcta medicación , aplicaciones que se usan para concienciar al paciente sobre el desarrollo de nuevas aptitudes , tratar problemas de salud mental como la depresión o ansiedad y realizar un seguimiento a largo plazo para evitar la recaída. Además, se deben recurrir a este tipo de tratamientos y terapias lo más temprano posible para evitar adicciones mucho más graves. En cuanto a poder prevenir esta adicción a las drogas , se encuentra intentar evitar el consumo o retrasar , por ejemplo , la edad en la que comienza a producirse esa adicción .

6 Bibliografía

1. Enfoques de tratamiento para la drogadicción. Disponible en https://nida.nih.gov/es
2. La prevención en el consumo de drogas. Disponible en https://www.comunidad.madrid
3. Qué son las drogas. Disponible en https://drogues.gencat.cat
4. Las drogas más comunes y sus efectos. Disponible en https://antidopingmexico.com/

Capítulo 345

LA DETECCIÓN DE CASOS POR INFECCIÓN DEL VPH A TRAVÉS DE ESTUDIOS ANALÍTICOS Y MICROBIOLÓGICOS LLEVADOS A CABO POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO CLÍNICO

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

JUAN MORENO GARCIA

1 Introducción

El virus del Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (una de las más comunes) que infecta el área genital e incluso también , la boca o garganta. Se suele transmitir entre una persona infectada y otra que no lo está cuando mantienen algún tipo de contacto sexual, aunque la persona que tenga el virus no presente ningún síntoma. Existen muchos tipos de HPV en los que , algunos de ellos causan verrugas genitales, pero en la mayoría, no se suelen sufrir complicaciones graves tras infestarse . Sin embargo, hay 2 tipos de HPV (HPV 16 y HPV 18) que sí causan graves complicaciones como el cáncer de útero. Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir VPH, y en concreto , de contraer verrugas genitales: beber alcohol o fumar, ser sexualmente

activo desde muy joven, mujeres embarazadas…
En general, las enfermedades de transmisión sexual son muy comunes , y además, la mayoría de las personas que las padecen no presentan síntomas pero tampoco son conscientes de que las sufren. Por ello , es de vital importancia acudir al médico para realizar estudios y exámenes analíticos que puedan dar un diagnóstico preciso del problema para tratarlo adecuadamente.

2 Objetivos

-Explicar los tipos de HPV más peligrosos para la salud , ya que , todos no son igual de graves, las causas o motivos de sufrir el VPH y sus posibles consecuencias, y, en su caso, el tratamiento/s que puedan existir para combatir la infección por el VPH.
-Conocer el trabajo que desarrolla el Técnico de Laboratorio en este tipo de pruebas.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Para poder identificar una infección por el VPH es necesario realizar una prueba PCR (Reacción en cadena de la Polimerasa) , la cual , permite detectar y estudiar el ADN del VPH y que presenta , además, una alta especificidad y sensibilidad. Es llevada a cabo por el personal técnico de laboratorio. Esta PCR analiza y estudia los tipos de HPV más importantes, entre ellos , 2 de los más peligrosos: El HPV 16 y el HPV 18 , los cuales , son unos de los que normalmente, provocan cáncer. En cuanto a los resultados de la prueba, los tipos de HPV que analiza la PCR se interpretan en una gráfica todos al mismo tiempo. En dicha gráfica , aparecen unas líneas dibujadas que pueden ser continuas en posición ascendente o discontinuas en forma horizontal y, en las que cada una de ellas pertenece a 1 tipo de

HPV. Los tipos de HPV que sean positivos se identificarán con líneas discontinuas en forma horizontal , mientras que los tipos de HPV que sean negativos se identificarán con líneas continuas en posición ascendente.
A su vez , existe un examen médico más específico y selectivo para detectar el cáncer de útero. Este examen o prueba médica consiste en: Mientras la mujer se posiciona en una mesa de examen pélvico, el médico especialista introduce en su vagina un tipo de instrumento especial y específico (espéculo) con el objetivo de poder estirar las paredes , poder observar la parte superior de la vagina y finalmente facilitar la extracción de una muestra de células uterinas. Estas células uterinas son recogidas con otro tipo de utensilio diferente y se depositan en un frasco para poder ser examinadas en el laboratorio posteriormente. En cuanto a los posibles resultados de este examen analítico , se podrán detectar en dicha muestra de células los tipos de VPH que causan cáncer de útero.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los posibles tratamientos que puede haber para combatir la infección que provoca ciertos tipos de HPV y sus consecuencias , como la aparición de verrugas en la zona genital , se encuentran medicamentos como Podofilox o tratamientos a aplicar en la zona dañada, como las cremas (Imiquimod) . En su defecto , y en caso de no desaparecer las verrugas, ya se deben recurrir a tratamientos quirúrgicos.
En cuanto a poder prevenir este tipo de infección por el VPH , debemos evitar el contacto sexual , o en su defecto , usar preservativo. Otra medida de prevención es la vacuna contra el VPH.

6 Bibliografía

1. Enfermedades de transmisión sexual. Disponible en https://www.plannedparenthood.org
2. Diagnosis de las infecciones sexuales. Disponible en https://www.mayoclinic.org

Capítulo 346

EL ESTUDIO DE CASOS PROVOCADOS POR UNA ENFERMEDAD QUE SE DENOMINA ONICOMICOSIS PONIENDO EN PRÁCTICA TÉCNICAS DE CULTIVO MICROBIOLÓGICO POR EL PERSONAL TÉCNICO DE LABORATORIO

VIRGINIA MOLERO UREÑA

JUAN MORENO GARCIA

1 Introducción

La onicomicosis es una enfermedad que provoca una infección micótica o fúngica en uñas tanto de pies como de manos. El tipo de hongo más común que suele producir esta enfermedad es dermatofito , es decir , que suele infectar piel o uñas. Además , esta patología produce la aparición de un color de uñas amarillento o blanquecino , e incluso , se pueden llegar a deformar o romper debido a que la lámina que recubre la uña se va separando del dedo. Por lo tanto, al poder romperse o deformarse, es muy probable que exista un dolor muy intenso y muy fuerte en la uña. Las zonas de riesgo donde se pueden contraer este tipo de infecciones son las piscinas y los vestuarios , ya que este tipo de hongos que provocan

la infección proceden del suelo y de ambientes húmedos. A su vez, existen factores de riesgo que pueden favorecer y aumentar la probabilidad de sufrir esta enfermedad como son por ejemplo: Tener una edad bastante avanzada, estar en contacto con otra persona que sufra también onicomicosis , mayoritariamente , lo suelen padecer con más frecuencia los hombres que las mujeres, las personas que son diabéticas e incluso los pacientes inmunodeficientes, es decir, que su sistema inmunitario no realiza correctamente su función.

2 Objetivos

-Explicar el origen de la onicomicosis, las zonas de riesgo donde se puede contraer con una mayor facilidad, cómo se puede detectar a nivel clínico, las posibles consecuencias o complicaciones y el tratamiento que hay para combatirla.
-Conocer el trabajo que desarrolla el Técnico de Laboratorio en este tipo de pruebas.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El técnico de laboratorio emplea y lleva a cabo unas técnicas microbiológicas concretas para poder detectar este tipo de enfermedades micóticas. Entre otras, una técnica específica como es la realización de un cultivo de uñas con el objetivo de analizar y comprobar si existe infección o no , y como prueba alternativa al cultivo, también, se puede realizar una PCR de la muestra de uña en los casos donde los resultados del cultivo dén negativos y sea necesario otra prueba más específica para poder llevar a cabo un diagnóstico más preciso .
Posteriormente, para poder observar la presencia del dermatofito en la muestra en caso de ser positivo , se realiza una tinción de la uña en porta para poder estudiar el dermatofito al microscopio, es decir , un examen microscópico de la

muestra añadiendo unas gotas de hidróxido de potasio, ya que, ayuda a disolver y homogeneizar mejor la muestra que facilita la visualización del hongo.
La técnica de sembrado en placa para el cultivo es en aislamiento con el objetivo de aislar las colonias del dermatofito. Tras el sembrado de la muestra de uña, se lleva a incubar en estufa 24 h y se observan los resultados. En cuanto a los resultados, tras las 24 h , si el cultivo ha sido positivo, se observará un gran crecimiento de colonias del dermatofito como para que se considere infección, y por tanto , onicomicosis . En caso contrario, no se apreciará crecimiento y por tanto no habrá.
Y en cuanto a los resultados de la tinción en porta de la uña, se apreciará un conjunto de hifas con ramificaciones que componen al dermatofito en caso de ser una muestra positiva en onicomicosis, y esto será indicativo de una uña infectada.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los tratamientos que existen para curar la onicomicosis, se encuentran medicamentos antifúngicos por vía oral como es el caso del itraconazol o la terbinafina.
En cuanto a cómo poder prevenir la enfermedad , existen una serie de medidas como: Utilizar calcetines y calzado traspirable, el uso de chanclas en piscinas y vestuarios, mantener bien secos los pies, intentar evitar otro tipo de lesiones o traumatismos en la lámina que recubre la uña del dedo (lámina ungueal) . Por lo que , si no se siguen este tipo de medidas se puede facilitar la contaminación de la uña y la infección de ésta.

6 Bibliografía

1. Onicomicosis. Disponible en https://www.topdoctors.es
2. Alteraciones dermatológicas. Disponible en https://www.msdmanuals.com
3. Tratamiento de las onicomicosis y prevención de las recurrencias. Disponible en https://www.livemed.in/blogs

Capítulo 347

LA APOROFOBIA, EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UN HOSPITAL

MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

LAURA BUSTOS BOTIJA

CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ

MARÍA BERMÚDEZ SORIANO

1 Introducción

La Aporofobia se describe como el odio o rechazo a la persona que es pobre, se evidencia en conductas violentas u hostiles físicas y psicológicas que atentan a su dignidad, puede ser ejercida desde los mismos individuos que conforman una población así como los poderes de administración y gobierno que los rigen. Se considera que el fenómeno de la Aporofobia se encuentra presente desde el nivel local hasta la universal, caracterizándose por la negación a una persona no por su origen, raza, sino a la situación de marginación social y pobreza. En este mismo sentido, Fernández, M. A. (2020) señala que las víctimas no son siempre personas que están sin hogar, sino que la gente que se encuentra en una coyuntura de pobreza absoluta puede no estar en situación de calle pero sentir la violencia aporofobica de igual modo. Este problema resulta un riesgo para el grupo de población

vulnerable, dado que además de las conductas crueles y gratuitas, las personas empobrecidas han sufrido y sufren unas intimidaciones, burlas agresiones físicas y atentados contra su vida que en ocasiones han llegado al asesinato. En este capítulo abordaremos el papel del trabajo social.
Las consecuencias individuales son devastadoras para la víctima sufriendo de manera directa situaciones de indefensión, inseguridad y menosprecio que minan su valor y auto estima, causando violencia en su salud tanto física como mental.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer la existencia de la Aporofobia en nuestra sociedad para poder combatirla y realizar el estudio de esta problemática en el Trabajo Social.

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

El estudio de la Aporofobia resulta complejo, ya que no se trata de una problemática aislada sino que se encuentra enquistada en la sociedad, no siendo del todo reconocida por la mayoría de la población. Por otra parte puede ser una realidad muy incómoda pues interpela al sistema de desigualdad económica y social imperante en este mundo, que limita y en muchos casos priva a las personas de las mismas oportunidades en el acceso a los recursos que dan cobertura a las necesidades vitales como son: el acceso a educación, el empleo, la vivienda asequible, los servicios sociales y de salud efectivos, dejando fuera a una parte importante de la población que son los pobres, de allí que sea más fácil criminalizar al colectivo culpándolo de esta situación con afirmaciones de lo más comunes como: “Son vagos, sucios, locos, problemáticos, peligrosos, etc…”
Por otro lado, el perfil de las personas que se encuentran en situación de pobreza o en exclusión extrema son diversos. Si entendemos que una de las causas principales es el reparto desigual de los recursos en una sociedad, serán diferentes

los colectivos afectados y diferentes los riesgos a los que se enfrentan aunque tengan como factor común su situación de pobreza. En este sentido la conducta aporofóbica suele sumarse a otros males como son el machismo o la xenofobia.
Las consecuencias que sufren las personas que son víctimas de la Aporofobia, son grupales e individuales y la falta de interés sobre esta parte de la sociedad es tan evidente como el rechazo que recae sobre ellas, generando un sentimiento de desconfianza, en realidad se sienten abandonados, desprotegidos y ninguneados por el sistema.
Las consecuencias individuales son devastadoras para la víctima sufriendo de manera directa situaciones de indefensión, inseguridad y menosprecio que minan su valor y auto estima, causando violencia en su salud tanto física como mental.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la Aporofobia, conciernen a toda la población y compete a los poderes públicos a incluir este tema tanto en la educación como en políticas orientadas a combatir este daño.
De igual manera desde los servicios sociales se ha de fomentar la implicación de sus profesionales en este aspecto, dotando al Trabajador Social con las herramientas necesarias para conocer, difundir y contrarrestar la Aporofobia en su labor diaria dentro de los hospitales.
Dado que en este mundo ya está en constante cambio no se puede asegurar que los bienes individuales sean para siempre para la mayoría de la población, no se puede descartar que cualquier persona que se vea abocada a una situación de empobrecimiento extremo y por lo tanto sufra también la Aporofobia.

6 Bibliografía

https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/388/566
https://trabajosocialytal.com/2017/09/aporofobia

Capítulo 348

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN LOS HOSPITALES, UNA ADECUADA ATENCIÓN AL PACIENTE

MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

LAURA BUSTOS BOTIJA

CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ

MARÍA BERMÚDEZ SORIANO

1 Introducción

Para abordar los problemas hospitalarios se hace necesario tener una figura importante para eso está la intervención del trabajador social para abordar el impacto social, reducir los problemas sociales y personales de cada paciente. Mediante una intervención sociosanitaria, a través de los planes de emergencia sociosanitarios, además de trabajar mediante los circuitos de cooperación entre los distintos ámbitos, se ha hecho necesario aplicar las recomendaciones del Plan de emergencias de Trabajo Social Sanitario del Consejo General de Trabajo Social Sanitario. Realizando acuerdos y tomando diferentes medidas ante el aislamiento preventivo, agilizando los procedimientos para una adecuada coordinación entre

todos los profesionales para cubrir las necesidades, también haciendo una adecuada comunicación con los recursos comunitarios, entre otros.
Esta situación afecta además a la salud psicosocial, laboral y económica de las personas, a varios grupos como; mujeres, niños, personas mayores, discapacitados y todas sus familias, a esto se suma los problemas que conlleva la exclusión social llegando a 14 millones de personas según EL VIII informe de la fundación FOESA.
La necesaria atención al paciente y a sus familias, los trabajadores sociales sanitarios han tenido que adaptarse a unas nuevas formas de intervención y de comunicación para poder estar informados e informar y así fortalecer las redes sociales existentes y que es un punto fundamental en la vida de los pacientes.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir la actuación del trabajador social sanitario en los hospitales y describir las diferentes actuaciones del trabajador social en el hospital.

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

El trabajador social tiene una serie de funciones como:
• Las actividades de intervención individual.
• Actuación del equipo receptor de los pacientes al final de la vida.
• Implantación de actuación de las redes de observación, atención y coordinación para descubrir y evaluar el impacto social.
• Adecuación y continua comunicación a la familia.
• Realizar el seguimiento de los pacientes infectados con COVID
• Elaborar estudios sociales de la unidad de convivencia de los pacientes que están con el virus.

• Desarrollo de una adecuada coordinación con la atención primaria, especializada y básica.
• Adecuada coordinación sociosanitaria
• Apropiada coordinación sociosanitaria para gestionar los nuevos ingresos.
• Reactivar los programas de planificación social de alta hospitalaria.

Además este profesional tuvo que intervenir en las situaciones de la crisis familiar, detectar las necesidades sociofamiliares con enfermos aislados y con sus familias, crear un adecuado vínculo terapéutico para mejorar su adaptación a la situación que se está viviendo, trabajando en la resignificación en las formas de cuidado familiar, realizó una psicoeducación de los aspectos emocionales, además de orientar en las estrategias de los afrontamiento, realizó planes de intervención y coordinación con el equipo asistencial, a la vez que con el paciente y su familia, además tuvo que intervenir en gran manera en los familiares durante el duelo. Tramitando recursos, abordando aspectos psicosociales en casos de traslado, derivaciones y seguimiento de los pacientes y familiares.

Esta situación afecta además a la salud psicosocial, laboral y económica de las personas, a varios grupos como; mujeres, niños, personas mayores, discapacitados y todas sus familias, a esto se suma los problemas que conlleva la exclusión social llegando a 14 millones de personas según EL VIII informe de la fundación FOESA.

5 Discusión-Conclusión

La necesaria atención al paciente y a sus familias, los trabajadores sociales sanitarios han tenido que adaptarse a unas nuevas formas de intervención y de comunicación para poder estar informados e informar y así fortalecer las redes sociales existentes y que es un punto fundamental en la vida de los pacientes, aunque con la desescalada del confinamiento hubo que actuar de inmediato de una forma mucho más amplia y rápida, asistiendo a los pacientes y sus familiares desde el inicio del ingreso tanto al ser diagnosticado como en su intervención, además esta atención a logrado un buen ajuste a las necesidades imprescindibles a nivel sociofamiliar, interviniendo en el proceso de recuperación, normalización y adaptación, ayudando en el proceso de su autonomía y su autodeterminación, además de intervenir en los casos de defunción, también el trabajador social interviene en lo comunitario y en la investigación.

6 Bibliografía

www.google.es
www.revistamedica.com

Capítulo 349

LA VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN DE REFUGIADOS Y LA LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL

MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

LAURA BUSTOS BOTIJA

CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ

MARÍA BERMÚDEZ SORIANO

1 Introducción

La situación de las personas migrantes se ha visto agrandada a causa de la crisis sanitaria del Covid-19, añadiendo más fragilidad, inseguridad y precariedad a este colectivo cuya vulnerabilidad les deja desprotegidos, las dificultades para acceder a los servicios sanitarios debido a varios factores, entre ellos su condición administrativa irregular, falta de protección social, costos y barreras culturales, o como resultado de la falta de vivienda, se enfrentan a capas de discriminación y exclusión múltiples e interrelacionadas que se suman a su condición de migrantes.

Los flujos migratorios en las sociedades actuales no son ninguna novedad, la movilidad humana ha existido a lo largo de la historia; hace décadas que Europa se ha convertido en el destino de muchas personas y familias que migran desde sus países de origen en busca de mayores expectativas y oportunidades de vida, sin embargo en los últimos tiempos los motivos de desplazamiento han ido cambiando, así lo señala el, donde se hace hincapié en la naturaleza forzada de los movimientos migratorios. Según el Informe de CEAR 2020 gran parte de la población que migra lo hace por escapar de la violencia y la persecución o debido al cambio climático que sufren en sus países de origen, mostrando los datos de ACNUR, se constata que en una década la cifra de desplazados forzosos ha llegado a los 70,8 millones de personas. La procedencia es variada pero destacan desplazados de Siria, Afganistán, República Democrática del Congo, Venezuela o Colombia entre otros.

Si tomamos en cuenta que la situación del colectivo migrante es ya de por sí frágil, ha empeorado con la Pandemia del COVID 19. Esta fragilidad la señala Ousman, S. (2020) como: "viene algo todavía más terrible y desolador: una crisis económica sin precedentes provocada por la caída de la producción y que acrecentará una situación ya de por sí bastante preocupante.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las consecuencias directas de los refugiados en España y promover soluciones que mejoren la situación por el trabajo social.

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

La movilidad humana ha sido y es parte de la característica de la humanidad, no se puede comparar con la movilidad forzada donde la gente huye para salvar su

vida, es el caso de conflictos armados apoyados en muchas veces desde el exterior o como consecuencia de los catástrofes naturales provocadas por el cambio climático donde la totalidad de la población mundial está involucrada, en este sentido se puede decir que la búsqueda de soluciones atan a todas las sociedades.
Las personas migrantes que llegan a Europa, se encuentran con gran cantidad de barreras a la hora de poder regularizar su situación administrativa, entre ellas encontramos:
-Poder acceder a un empadronamiento.
-Rechazo de la solicitud de asilo.
-Carencia de medios económicos exigidos por la ley de extranjería.
-Falta de un contrato en vigor en términos establecidos por la ley de extranjería.
Ante la dificultad de poder acceder a estos trámites se unirán al colectivo de población que tiene que demostrar su situación de vulnerabilidad con requisitos que son casi imposibles de conseguir, en ese camino intrincado de solicitud de un derecho tan urgente para una persona en una absoluta situación de desprotección y exclusión, lo que encuentran son sucesivas barreras, es decir un "laberinto burocrático".
Como consecuencia de este escenario, las personas y las familias migrantes y solicitantes corren el riesgo de ver restringidos los Derechos Humanos que se les reconocen a toda persona independientemente de su condición jurídica.
En el caso de España se puede constatar que hay muchas cosas por mejorar y se quiere en realidad que las personas migrantes se integren en la sociedad y que puedan llegar aportar al crecimiento del país en todos los sentidos.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de las personas que llegan a España en general es escaso en cuanto al acceso a los derechos y a los servicios tan esenciales como el de la salud y más aún en tiempos de Coronavirus, una de las primeras tareas del Trabajador Social se debe enfocar a la información y el acompañamiento de este colectivo, de tal manera que se superen las barreras administrativas y sociales para conseguir su inclusión en el sistema.
La Pandemia mundial de Coronavirus, nos muestra la interrelación que tenemos los países entre sí a pesar de las fronteras, los resultados de las acciones en un país puede tener repercusión en los demás, entre ellas los conflictos armados y sus consecuencias atañen a todas las sociedades.

6 Bibliografía

https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32328/TFG%20-%20CAMPOS%20PATIAO%2C%20SUSANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
www.google.es

Capítulo 350

ACCIDENTE DE MOTO CON TASA ALTA DE ALCOHOL EN BOX DE URGENCIAS

IRENE PEREZ PEREZ

FATIMA MOHAMED SEDIK

CAROLINA MORENO BAUTISTA

GEMA ALEMAN CASTILLO

1 Introducción

Hay un anuncio o un dicho que dice , SI BEBES NO CONDUZCAS , y nunca mejor dicho , hay que ser responsables y si has bebido y notas que no estás en tus cinco sentidos mejor no cojas tu vehículo porque no solo puedes desgraciar tu vida sino la del que se cruza también.
La tasa máxima de alcohol permitida es de 0.25 , ciertamente no puedes saber ese rango pero tú cuerpo si lo nota .
En urgencias se ven muchos casos de jóvenes adultos que no tienen mucho sentido de la responsabilidad y beben hasta que pierden los sentidos , hasta el punto de llegar a un coma etílico.
A la gente se le olvida que la DGT sanciona a los conductores que den una cifra superior a 0,25 mg/litro en aire espirado o 0,5 gr/litro en sangre.
Para eliminar el alcohol de nuestro cuerpo , puede hacerlo a través del sudor, por eso es conveniente andar en vez de conducir así mientras tanto mueve el cuerpo

va quemando la tasa de alcohol, bailar etc ... , la única forma es hacer ejercicio físico o ya en urgencias las medicaciones previstas para estos casos.
El alcohol es mentira eso que hasta pasado una hora no se detecta , en sangre en 5 minutos ya sale.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es dar a conocer los niveles de alcohol en sangre, los efectos que produce y lo que puede acarrear.

3 Caso clínico

Varón de 22 años acude al servicio de urgencias trasladado por una ambulancia tras accidente de tráfico donde aparecen síntomas de alcohol.
Presenta palidez , sudores fríos, aumento de la frecuencia cardíaca, ansiedad , dolor de cabeza y temperatura estable , como antecedentes personales señalamos que no presenta alergias medicamentosas conocidas
Se le saca analítica y se llama al celador para que traslade la muestra a laboratorio.
En el laboratorio se realiza el cálculo del consumo de alcohol en gramos de alcohol puro sería la forma más exacta de cuantificar el consumo de alcohol. Para calcular los gramos de alcohol se debe aplicar una fórmula que consiste en multiplicar la cantidad de bebida consumida en mililitros o centímetros cúbicos por la graduación alcohólica de la bebida y por 0,8, y este resultado se divide entre 100.
La anamnesis para averiguar exactamente los mililitros consumidos y la necesidad de tener un recordatorio de los grados de alcohol de cada bebida .
El volumen de los glóbulos rojos o hematíes ha aumentado considerablemente presentando cifras por encima de 94-95, e incluso por encima de 100. Además, la gamma glutamil transpeptidasa se ha elevado en esta situación, incluso con las transaminasas normales.
En urgencias mientras se reciben los resultados de la analítica se le administra un suero glucosado al 5% de mantenimiento , para prevenir la hipoglucemia inducida por etanol , benzodiacepinas si había agitación y vitaminas del grupo B para aumentar el metabolismo del alcohol .
El alcohol es probablemente la droga de abuso más antiguamente conocida usada con fines recreativos y una de las sustancias con mayor tradición como agente causal , que repercute en el metabolismo de manera fulminante si no estás acostumbrado y si encima llevas el estómago vacío.

4 Discusión-Conclusión

La conclusión de este capítulo es que cada vez más personas consumen alcohol. En este caso clínico el paciente tuvo un accidente sin víctimas ni terceros a los que perjudicar , se le puso una férula en la pierna, un collarín y tras la exploración y medicación puesta y pasadas unas horas se le da el alta para que pueda regresar a su casa con un volante para que visite a su médico de cabecera el siguiente día hábil en atención primaria donde esté le enviará tratamiento si fuese necesario, más pruebas como analíticas, radiografías o le enviará a fisioterapia si también lo precisase.

5 Bibliografía

-google académico

Capítulo 351

POSIBLE PANCREATITIS QUE TERMINA EN CANCERY EL TEL

IRENE PEREZ PEREZ

GEMA ALEMAN CASTILLO

CAROLINA MORENO BAUTISTA

FATIMA MOHAMED SEDIK

1 Introducción

En un diagnóstico de cáncer de páncreas es complicado saberlo, normalmente se detecta cuando ya está avanzando.
Muchas veces lo confunden con una pancreatitis por la inflamación que observan en los resultados ya sea analítica o TAC y escáner.
En el siguiente caso clínico vamos a relatar el caso de un jugador de futbol profesional, su alimentación como es inevitable es totalmente sana y lleva una vida muy normal entre su deporte y su día a día.
Este caso impacto a muchas personas ya que nadie esperaba su final porque a las tres semanas falleció y no hubo nada que hacer por el.
Ingreso con una posible pancreatitis y después de dos días de pruebas y analíticas se diagnostico el cáncer de páncreas.
El pobre paciente tenía mucho dolor y color amarillento con lo que los resultados de la analítica identificaron velocidad en la sangre, los factores de riñón muy elevados y otros factores en la analítica.

El paciente pidió el alta voluntaria para recibir otra segunda opinión sobre su enfermedad y se desplazó a otra ciudad pero el resultado no fue otro que el mismo y finalmente hubo que sedarlo para que pudiera llevar lo mejor posible sus últimos días.

2 Objetivos

Conocer el caso de un paciente que entra por urgencias con color amarillento debilidad y dolor abdominal con diagnóstico de cáncer de páncreas.

3 Caso clínico

Varón de 49 años deportista y sin adicciones ninguna , acude por tercera vez a urgencias.
En el triaje presenta color amarillento en la piel, fiebre con 39.2 , la tensión 11/6 y dolor abdominal.
Una vez en el box el médico realiza la exploración y le manda varias pruebas entre ellas analítica de sangre y un TAC.
En el TAC se observa una inflamación de páncreas y sospecha de una pancreatitis y decide ingresarlo en planta. el cáncer de páncreas es, además, difícil de diagnosticar en etapas tempranas porque, cuando da síntomas, en general ya suele estar en un estado avanzado, y muchas veces los síntomas son tan inespecíficos que se tarda en acudir al médico , en este caso el paciente había acudido dos veces anteriores y había sido tratado por otras cosas pero no sé detecto el diagnóstico original.
El páncreas tiene dos tipos de células, las exocrinas, que son las que producen una serie de enzimas que ayudan en la digestión de los alimentos, y las endocrinas, que producen diferentes hormonas, como la insulina o el glucagón. La mayoría de los tumores del páncreas se localizan en las células exocrinas, causando un adenocarcinoma de páncreas, mientras que los tumores endocrinos del páncreas son menos comunes.
En la analítica de sangre salen alterados en descenso los niveles de lipasa y amilasa , una alteración de niveles de bilirrubina y enzimas hepáticas , la glucosa también alterada y una elevación de marcadores tumorales (CEA y CA 19.9) .Tras la analítica y otras pruebas como una biopsia se detecta cáncer de páncreas en estado avanzando con metástasis.
Al final el diagnóstico no es bueno y se detecta muy avanzado en el paciente que finalmente fallece justo al mes .

4 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos en el siguiente capítulo es que aveces tardamos en ir al médico y muchas veces ya no encontramos solución.
En este caso el paciente acudió varias veces pero ya tarde .
El técnico en laboratorio es una pieza indispensable en estas enfermedades ya que debido a las analíticas y biopsias que analizan sacan los resultados de muchas cosas aunque aveces no tengan solución.
Es verdad que el cáncer de páncreas es muy poco probable porque es el cáncer que menos se da y también es complicado detectarlo desde el inicio por eso las probabilidades de salir de esa enfermedad aveces es difícil.

5 Bibliografía

-google académico

Capítulo 352

LA FRACTURA DE CADERA

ANA VANESA SOUTO PRIETO

MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO

MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA

JULIA CABEZA LANCHAS

ANA DEL SAZ BERNAL

1 Introducción

La fractura de cadera es en la actualidad una patología con importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas debido a la elevada morbilidad en pacientes de edad avanzada. Entre las 33.000 fracturas de cadera de personas mayores en España, el inicio promedio fue de alrededor de 80 años, con más mujeres que hombres y un poco menos hombres. En las mujeres afectan a las fracturas de tres cuartos. La mortalidad en el primer año es del 20-30% y la hospitalaria del 5-10%, según las series. La principal causa fue la osteoporosis y los factores de riesgo incluyeron sexo femenino, raza blanca, alcoholismo, antecedentes de fractura de cadera, consumo excesivo de cafeína, demencia y uso de ciertos medicamentos como los corticosteroides. Por lo general, su médico puede determinar si tiene una fractura de cadera según sus síntomas y la posición anormal de sus caderas y piernas. Las radiografías a menudo pueden confirmar que tiene una fractura y mostrar exactamente dónde está la fractura en el hueso. Si la radiografía no muestra una fractura, pero aún tiene dolor en la cadera, su médico puede ordenar una resonancia magnética o una gammagrafía ósea para buscar la línea del cabello.

La mayoría de las fracturas de cadera ocurren en una de las dos partes del hueso largo que se extiende desde la pelvis hasta la rodilla (el fémur):
Cuello de muslo. Esta área está ubicada en la parte superior del fémur, justo debajo de la rótula (cabeza femoral). zona entre rotores. Esta área está ubicada justo debajo de la articulación de la cadera, en la parte superior del fémur curvado hacia afuera.

2 Objetivos

Describir la estructura anatómica de la articulación de la cadera, enumere diferentes tipos de fracturas de cadera y preste atención al trabajo de los técnicos de diagnóstico radiactivo para el diagnóstico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Anatomía de la cadera:
La articulación de la cadera es una articulación esférica formada por la cabeza del fémur y el manguito rotador de la pelvis. La articulación de la cadera es la articulación más estable del cuerpo, sostenida por un caparazón muy fuerte y múltiples ligamentos que permiten que la articulación soporte fuerzas muchas veces el peso total del cuerpo.
La continuidad de este esfuerzo se logra a través de la alineación ortopédica y el apoyo significativo de los estabilizadores de cadera estáticos y dinámicos. Hay muchos grupos de músculos diferentes unidos a los componentes de la articulación de la cadera que proporcionan a la articulación un rango de movimiento.
Los músculos asociados con la articulación de la cadera son los músculos de la cadera y el muslo. Exámenes radiológicos de las fracturas del hueso de la cadera:
Se deben tomar dos radiografías en proyección tangencial, una de la pelvis anteroposterior (AP), incluyendo ambas caderas, y otra del exterior de la cadera

afectada. Esta última es superior a la vista axial y es más dolorosa en pacientes con fracturas. El hallazgo será una línea punteada de la corteza hipodenal.
Si tenemos dudas sobre el diagnóstico, se puede realizar una TAC de cadera. Visualiza resolución de continuidad en el hueso cortical, podemos evaluar cuerpos libres en la articulación, son posibles reconstrucciones multiplanares y tridimensionales. La resonancia magnética se puede usar para identificar fracturas que no son visibles en las imágenes. Las líneas de fractura aparecen como líneas hipointensas en las secuencias potenciadas en T1.
El aumento de la señal cerca de la ruptura en las secuencias potenciadas en T2 refleja áreas de contusión o edema óseo. Las imágenes pueden ayudar en el diagnóstico diferencial, como bursitis trocantérea, fracturas acetabulares, fracturas trocantéricas mayores, fracturas por estrés o fracturas del hueso púbico.

5 Discusión-Conclusión

La anatomía de la cadera se describe para proporcionar una visión general e introducir el tema a tratar. También se indican los tipos de fracturas más comunes que podemos encontrar y cómo distinguirlas. Se revelan los exámenes radiológicos, que pueden ser necesarios para un posible diagnóstico y una posterior planificación del tratamiento y, si es necesario, incluso la cirugía.
El trabajo del tecnico de radiodiagnóstico es muy importante, porque la correcta realización de cada examen ya sea radiografía convencional, tomografía computarizada o resonancia magnética es fundamental para la evaluación experta.
La ruptura de la cadera es una velocidad patológica y mortalidad para una alta incidencia y mortalidad dentro de un año de la lesión. Deben usar inmediatamente métodos quirúrgicos y un método multi -disciplinario para reducir esta instancia.
La patologia de las fracturas de cadera tienen un elevado indice de mortaliad en un periodo de un año posterior a la lesión. Se requiere un abordaje quirúrgico inmediato y un enfoque multidisciplinario para disminuir dicha incidencia

6 Bibliografía

1- T.B. Moller, E. Reif. Anatomia radiologica.Edit MARBAN.
2-Michael Suk, Daniel S. HorwitzTratamiento y rehabilitacion de fracturas. Edit. WOLTERS KLUWER.
3- James P. Waddel .Fracturas del Femur proximal. Edit. AMOLCA
4-Eraclio Delgado Riva. Fractura de Cadera en el adulto mayor. Edit. ORIENTE.

5- Tarcisio E. Pessoa de Barros. Ortopedia y Traumatología para Graduados. Edit. AXON.

Capítulo 353

FRACTURA DE COLLES

MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO

ANA VANESA SOUTO PRIETO

MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA

JULIA CABEZA LANCHAS

ANA DEL SAZ BERNAL

1 Introducción

Una fractura de Colles es una fractura del radio en su parte distal, es decir, la parte más cercana a la muñeca. Esta fractura se reconoce por la deformación del hueso provocada por el desplazamiento de la superficie dorsal del segmento distal del radio. Lleva el nombre de Abraham Collies (1773-1843), un cirujano irlandés que lo describió por primera vez antes del descubrimiento de los rayos X.

Las fracturas de Colles son un tipo de fractura que sufren tanto jóvenes como mayores. En los ancianos se produce por la debilidad de la cortical radial, en caso de caída que se frena con la mano se produce una fractura del hueso, por lo que está muy relacionada con la osteoporosis, y esta es el segundo tipo de fractura más frecuente. En las personas con esta afección, solo es superada por las fracturas vertebrales. En adultos jóvenes, aunque también se produce por una caída, suele tener un efecto de mayor velocidad, por lo que suele tratarse de una fractura más compleja, posiblemente abierta, intraarticular y/o fractura.

Para un diagnóstico certero se requiere un estudio radiográfico, aunque esta fractura tiene signos clínicos muy claros:

Los signos que aparecen en los estudios radiológicos, entre otros, son:
1-Desviación radial y dorsal de la mano.
2- Acortamiento gravitacional.
3. Giro de la parte posterior de la pieza de radio distal.

2 Objetivos

Describir la anatomía del antebrazo , enumerar los diversos signos tipos de fracturas de cadera y poner en valor la labor del técnico de radiodiagnostico en la ayuda al diagnostico.

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 diagnóstico preciso requiere un examen radiológico, aunque tiene algunos signos muy visibles, que incluyen:
1. Declinación radial y dorsal de la mano.
2. Acortamiento radial.
3. Desplazamiento dorsal del fragmento de radio distal.
El diagnóstico se realiza mediante radiología convencional, que se utiliza para evaluar el grado de desplazamiento y conminución. El TC también se puede utilizar para evaluar el número y la ubicación de los fragmentos e incluso la reconstrucción ósea en 3D.
Las proyecciones radiográficas más comunes para visualizar las fracturas de Colles son las radiografías posteroanterior o anteroposterior (PA y AP) y lateral (L) de la muñeca.
PA o AP: PA y AP se distinguen una de la otra en el posicionamiento de la apofis estiloides del cúbito. En PA se ubica en posicion lateral, mientras que en AP toma una posición más central debido a la supinación de la muñeca.

• Debe realizarse con 0º de rotación con 90º de abducción de hombro y 90º de flexión de codo.
La proyeccion latera de muñeca, se coloca la muñeca en posición neutra, antebrazo del lado del cúbito, dedo índice ligeramente hacia adelante. El haz se dirige al centro del hueso metacarpiano. En condiciones óptimas, el eje longitudinal del tercer metacarpiano debe ser paralelo al eje longitudinal del radio, y el hueso pisiforme se superpone al extremo distal del escafoides con su margen aprox. 4-5 mm hacia adelante desde el borde del pisiforme. hueso. El escafoides muestra una ligera pendiente ventral con respecto al resto, lo que permite visualizar su polo distal en esta proyección.
La clasificación moderna de las fracturas de radio distal o fracturas óseas es muy importante para determinar el tipo de tratamiento a utilizar. Ha habido muchas clasificaciones a lo largo de la historia, aunque la clasificación más sencilla es distinguir estas fracturas en extraarticulares, que serían típicas de las fracturas de Colles, e intraarticulares, en las que la afectación facetaria supondría un peor pronóstico.
Tipo de fractura:
Tipo I: fracturas metafisarias por flexión
Tipo II: fractura parcial (cizallamiento) de la articulación radial
Tipo III: fractura por compresión de la articulación
Tipo IV: Fracturas por avulsión y fracturas y luxaciones radiales. Tipo V: fracturas compuestas (I, II, III, IV), lesiones de alta energía.
Pueden encontrarse para este tipo de lesiones dos posibilidades de tratamientos que son:
Tratamiento quirúrgico: si la fractura es desplazada o conminuta (el hueso se rompe en pedazos pequeños) y necesita reducirse con osteosíntesis (la aplicación de placas de metal y/o clavos/tornillos) para volver a unir los segmentos óseos rotos.
Tratamiento conservador: para fracturas no desplazadas, cuando se reduce la fractura y se inmoviliza inmediatamente en un yeso o férula de antebrazo y muñeca.

5 Discusión-Conclusión

Se reduce la rigidez articular, mejora significativamente la calidad y cantidad de movimiento y reduce el dolor.
Conclusión: la terapia de manipulación ortopédica se puede utilizar para la restauración funcional y el alivio del dolor de las fracturas de Colles.

En el primer año, puede haber dolor durante la actividad. Se espera que la rigidez residual o el dolor nervioso persistan durante 2 años o que sean permanentes, especialmente en traumatismos de alta energía (como accidentes de motocicleta), en pacientes mayores de 50 años o en pacientes con artrosis.
Pero la rigidez suele ser leve y es posible que no afecte el funcionamiento general de la mano.

6 Bibliografía

1- T. B. Moller, E.Reif. Anatomia Radiologica. Edit. MARBAN.
2-Stewart Carlyle Bushong. Manual de radiología para técnicos. Edit. ELSEVIER.
3-Kennethl L. Bontrager, John P. Lampiagnano.Manual de Posiciones y técnicas radiológicas. Edit. ELSEVIER.
4-Francisco Del Piña .Atlas de fracturas distales de radio. Edit. AMOLCA.
5- José Cordero Ampuero, Enrique Gómez Barrena. Traumatología y ortopedia. Edit. ELSEVIER.

Capítulo 354

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA DISCAPACIDAD VISUAL

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA

MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

La ceguera es un impedimento sensorial de primera magnitud. El estar aislado del ambiente propio a causa de la falta de visión perturba extraordinariamente el desarrollo y la educación del niño y a la persona adulta la imponen un menoscabo social y vocacional.
Los dos factores más importantes para el Terapeuta Ocupacional con respecto a la ceguera son:
-Las actitudes.
-La perspectiva.
La Terapia Ocupacional representa un medio para ofrecer unas oportunidades y unos estímulos para el desarrollo de las capacidades, para el aprendizaje de la realización independiente de las cosas y para alcanzar un objetivo.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980), hace una distinción entre los diferentes tipos de dificultades:
-Deficiencia, es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, anatómica o fisiológica.

-Discapacidad, es toda restricción, ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
-Minusvalía, es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una discapacidad o deficiencia, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso.
No todos los pacientes clasificados como ciegos presentan una falta total de la visión.

2 Objetivos

Objetivos de la intervención desde Terapia Ocupacional:
-Maximizar las habilidades existentes en las personas con dificultad visual.
-Ofrecer alternativas que compensen los déficits.
-Proporcionar herramientas a la persona que le permitan ser los más autónoma posible en las Actividades de la Vida Diaria (AVDs).

3 Metodología

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

4 Resultados

Barraga (1992), estableció cuatro niveles de discapacidad visual:
-Ceguera, carencia de visión o sólo percepción de luz. Hay una imposibilidad de realiza las tareas habituales.
-Discapacidad visual profunda, dificultad para realizar tareas visuales gruesas. Existe una imposibilidad de hacer tareas que requieren visión de detalle.
-Discapacidad visual severa, posibilidad de realizar tareas visuales con inexactitud, requiriendo adecuación de tiempo, modificaciones y ayudas.
-Discapacidad visual moderada, posibilidad de realizar tareas visuales con el empleo de ayudas especiales e iluminación adecuada similares a las que realizan las personas que presentan una visión normal.

Las principales causas de ceguera son:
-Errores de refracción no corregidos.
-Cataratas. La catarata es una opacidad del cristalino del ojo que impide la penetración de la luz en el mismo, limitando así la visión. Puede ser corregida mediante una intervención quirúrgica.
-Glaucoma. El glaucoma es consecutivo a una presión excesiva en el interior del globo ocular. Casi siempre se afecta primeramente la visión periférica y después se presenta una pérdida de la acuidad visual central. Aunque puede detenerse el progreso de la enfermedad, no puede restablecerse la pérdida de la visión.
-Degeneración macular asociada a la edad.
-Otras: retinopatía diabética, tracoma.
-En niños: cataratas, retinopatía de los prematuros y carencia de vitamina A.
Casi el 50% de todos los individuos ciegos que pertenecen al grupo de edades superiores a 65 años, y casi el 30% de todas las cegueras obedecen a estas dos causas:
-La diabetes.
-Las enfermedades vasculares.
*Adaptaciones del entorno:
-Aumento de la iluminación y el uso de contraste.
-Uso de etiquetas de identificación. Código de colores o táctil.
-Productos de apoyo, como lupas y reproductores de sonido.
-Eliminación de objetos que puedan suponer un peligro para la seguridad.
El sentido del tacto puede desarrollarse no solamente con las manos, sino también con los pies.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión después de una revisión de los encontrado, el objetivo de la Terapia Ocupacional en el paciente con discapacidad visual consiste en ayudarle a restablecer su autoconfianza y su independencia.
Se debe enseñar a la persona con discapacidad visual a ocupar su tiempo.
En las primeras fases, se estimulará a interesarse por su aspecto personal. La persona debe atender a sus cuidados propios y más adelante a vestirse por si mismo.
También se llega a la conclusión de que el desarrollo de la destreza manual es el primer paso para ayudar al paciente a desarrollar su sentido del tacto que será tan importante para su vida.

6 Bibliografía

-Willard, H. S. , Spackman, S. (1973) Terapéutica ocupacional para el ciego y el defectuoso visual. Terapéutica Ocupacional. Jims Barcelona.
-Schell, Gillen, Scaffa (2016). Willard and Spackman Terpia Ocupacional 12º Edición. Médica Panamericana.

Capítulo 355

MAMOGRAGÍA, ESTUDIOS MAMOGRÁFICOS Y LA IMPORTANCIA DE LA REALIZCIÓN TEMPRANA DE LA MAMOGRAFÍA

CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ

LAURA AINSA MANJABACAS

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

1 Introducción

El cáncer de mama era hasta hace poco la principal causa de muertes por cáncer en las mujeres, a pesar de que este lugar lo ocupe ahora el cáncer de pulmón no debemos quitarle importancia a la detección temprana del cáncer de mama, ya que representa el 32% de nuevos canceres detectados en mujeres, representando el 18% de las muertes de cáncer.
Los hombres también puedes desarrollar este tipo de cáncer, pero con una probabilidad mucho menor, del 1-2% respecto al cáncer femenino. Por la baja frecuencia y falta de conocimiento sobre este los síntomas no se identifican tan pronto y normalmente se diagnostica en fases más avanzadas.
Las mamografías se pueden solicitar por detección precoz; dependiendo de cada comunidad autónoma y servicio de salud se aconseja a las mujeres de entre 35 y 45 años a realizarse una mamografía con el fin de asegurarse de que todo está bien, por otro lado también se pueden solicitar mamografías de diagnóstico; que

se solicitan cuando hay algún signo de sospecha que pueda estar relacionado con el cáncer de mama (como puede alguna masa que antes no estaba).
Cuando una paciente acude a realizarse una mamografía no necesita preparación previa, solo se le pedirá que se coloque frente a la máquina y el técnico colocará uno de sus senos, el cual la máquina empezará a presionar hasta que consiga dejarlo totalmente plano intentando incluir parte de la axila. De esta manera es mucho más fácil identificar cualquier masa. Se realizan dos radiografías de cada uno de los senos en diferentes posiciones.

2 Objetivos

En este capítulo se intentarán ampliar los conocimientos básicos de la mamografía y su realización. Ademas también se habla de la importancia de la realización de estas y de cuando se deben solicitar esta pruebas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica sobre la literatura científica publicada en los últimos años. Una vez establecido el tema sobre el que se va a realizar la búsqueda se establecen términos básicos en diferentes idiomas para obtener una búsqueda más amplia.
Además se han consultado artículos de las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos de interés procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Radiológicamente hablando, la mama está constituida por tres tipos de tejido: el glandular, el conjuntivo y el graso. A su vez los tejidos glandulares y conjuntivos juntos reciben el nombre de tejido fibroglandular, debido a su misma densidad que es igual a la del agua. Por otro lado el tejido graso tiene una densidad diferente y eso hará que se vea más oscuro que los anteriores.
La densidad de la mama cambia dependiendo de la edad, de las hormonas segregadas y las circunstancia de la mujer:
Durante la adolescencia el tejido glandular y conjuntivo ocupa la totalidad del espacio mamario.

Entre los 28 y 32 años la mama sufre un proceso de involución, disminuyendo el tamaño de la mama, perdida de tejido glandular y aumento del tejido graso.
Durante el embarazo y la lactancia reaparece el tejido glandular y los conductos mamarios ocupan toda la extensión de la mama, haciéndola más densa y opaca.
Al cesar la lactancia la mama sufre de nuevo una involución del tejido glandular, que es sustituido por grasa, pero esto puede cambiar con un nuevo embarazo.
Tras la menopausia el tejido glandular y el conjuntivo sufres una atrofia que va aumentando con los años.
La mamografía al ser una prueba diagnostica en la que se utilicen radiaciones ionizantes, no puede realizarse sin unas indicaciones y requisitos, solo a las mujeres que cumplan algunos de estos requisitos se les pautará dicha prueba:
En mujeres asintomáticas (como chequeo o detección precoz): mayores de 50 años (mamografía anual), entre 40 y 50 (mamografía anual o bianual), mujeres de 35 a 40 con antecedentes (mamografía anual) y menores de 30 no se aconseja mamografía, para reducir la dosis recibida por la paciente se aconseja realizar una ecografía mamaria.
En mujeres asintomáticas: cualquier mujer con presencia de una masa sospechosa puede tener indicado una prueba mamaria, pero dependiendo de la edad los especialistas valorarán la posibilidad de hacer ecografía mamaria o mamografía.
La realización de mamografía no requiere preparación no firma de consentimiento, a no ser que la paciente esté embarazada, donde el facultativo que solicita la prueba debe hacerse responsable y firmar el consentimiento junto a la paciente.
Cuando se acude a hacer una mamografía se pedirá a las pacientes que se quiten todo objeto metálico de la zona a explorar y eviten llevar en la piel cualquier producto que pueda producir un error o dificulte la colocación de la mama (como pueden ser cremas, polvos de talco o desodorantes). Durante esta prueba no está recomendado el protector tiroideo ya que este no está expuesto durante la exploración pero su uso si puede entorpecer el posicionamiento.
Antes de realizar una mamografía a una paciente se deben conocer una serie de datos que se hay que preguntar como: su edad y el número de embarazos que ha tenido, antecedentes de cáncer de mama, si se ha realizado con anterioridad alguna mamografía y si ha notado algún síntoma o patología previa.
Como normal general se realizarán dos proyecciones de cada mama: la proyección cráneocaudal (cc) donde se debe colocar el receptor de imagen en ángulo recto con la pared torácica, la mama debe estar estirada hacia el receptor con el pezón de perfil, el brazo y el hombro del lado a explorar se aleja y se debe tener en cuenta que no quede ningún pliegue cuando se aplica la presión.

Proyección oblicua mediolateral, colocamos la mama sobre el receptor de imagen que estará en posición oblicua, incluyendo la parte alta de la axila dejando la esquina superior del receptor en el hueco de la axila. El tubo debe de estar angulado unos 35-40 grados con respecto al plano vertical. La paciente debe separar la cabeza de la zona a explorar.
La realización de mamografía en hombres es similar a la de las mujeres con poco pecho, las proyecciones son las mismas solo se debe tener en cuenta la poca existencia de algunos de los tejidos.
Tras la realización de una mamografía no se dan efectos secundarios. Su realización es similar a la de una radiografía convencional, a diferencia que en la mamografía se quieren estudiar tejidos.

5 Discusión-Conclusión

Se debe concienciar de la importancia de la realización de mamografía tanto en hombres como en mujeres, ya que a pesar de perder el puesto principal en el porcentaje de cáncer con mayor número de muertes, sigue siendo uno de los tipos de cáncer que más afecta a la población, en especial a la femenina. Se debe tener en cuenta todos los factores, sobre todo los antecedentes y tener en cuenta la importancia del autoexamen. Se recomienda realizar el autoexamen entre los días 3 y 5 posteriores al periodo y si la paciente ha llegado a la menopausia hacerlo siempre el mismo día de todos los meses.

6 Bibliografía

1. Sespm.es. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.sespm.es/por-que-es-tan-importante-la-mamografia/#::text=La%20mamograf%C3%ADa%20es%20la%20forma,inicial%20son%20pr%C3%A1cticamente%20del%20100%25.
2. Cáncer de mama [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000913.htm
3. Mamografía. Diagnostic Tests [Internet]. 2002 [citado el 19 de septiembre de 2022]; Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/mammography.html

Capítulo 356

EL PACIENTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO Y LA APLICACIÓN DE LOS RAYOS X PARA EL DIAGNÓSTICO

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ

LAURA AINSA MANJABACAS

1 Introducción

La primera causa de mortalidad, principalmente en jóvenes entre los 18 y 25 años son los accidentes de tráfico. Los accidentes más frecuentes son los denominados "in itinere" que son los que se producen en el trayecto habitual de ida o de vuelta del domicilio al lugar de trabajo, ya sea en vehículo particular como en cualquier otro medio de transporte, siempre y cuando se realice de manera habitual. Se consideran accidente laboral.
Las cifras muestran que además del gran porcentaje de fallecimientos, existen un número elevado de lesionados.
Entre ellas las lesiones más importantes están:
- Cabeza y cuello: entre 60 y 70%
- Tórax: entre el 10 y 30%
- Abdomen: entre 10 y 20%
- Raquimedulares: entre 5 y 25%
- Pelvis o extremidades: entre 50 y 60%

Para iniciar el diagnostico lo más importante es la evaluación física del paciente, para estimar el daño en los tejidos blandos o lesiones visibles.
En este tipo de situaciones, es fundamental realizar un diagnóstico correcto y rápido, donde el personal sanitario y, en especial, técnico radiólogo cobran un papel importante. Para determinar las lesiones ocasionadas y realizar un diagnóstico adecuado se efectúa mediante distintos estudios de radiodiagnóstico, como puede ser TAC, radiografías, resonancias, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel del técnico de radiodiagnóstico en accidentes de tráfico.
- Describir las técnicas de radiodiagnóstico más importantes ante pacientes de accidente de tráfico

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 ejecutado 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 las últimas décadas la manipulación del paciente de accidentes de tráfico ha sufrido una evolución significativa, propiciado por los avances tecnológicos y los cambios culturales sanitarios. Estos cambios se pueden apreciar desde la radiografía simple hasta los últimos avances en tomografía computarizada, lo que ha provocado que el técnico de radiodiagnóstico tenga una labor fundamental.
Uno de los objetivos primordiales es obtener una imagen de alta calidad para poder agilizar el diagnostico ante un accidente de tráfico, ya que de ellos depende las medidas terapéuticas a aplicar al paciente. Los resultados obtenidos bajo la dirección de un especialista deben ser interpretados fácilmente y validados por el personal técnico de imagen y enfermería.
Las técnicas más utilizadas antes estos acontecimientos con la siguientes:

- Radiografía simple: se trata de la herramienta principal en la mayoría de los procesos para diagnosticar lesiones osteoarticulares. Fundamentales para el estudio miembro superior, cervicales, también zona torácica o del miembro superior como las APs de cadera y pelvis.
Además, son útiles las técnicas como la telemetría, test de Bending, radiografías dinámicas.
- Ecografía: emplea los ecos de una emisión de ultrasonidos para obtener una imagen detallada de lesiones como derrame articular, la detección de sinovitis, y entesitis entre otros.
- Resonancia magnética (RM): utiliza imanes y ondas de radio potentes para producir imágenes del cuerpo. Esta técnica es muy útil para visualizar lesiones intracraneales postraumáticas.
- Tomografía computarizada (TC/TAC): Sirven para producir múltiples imágenes del interior del cuerpo. En el caso del TAC también desde varios planos. Son útiles para visualizar rápidamente el diagnóstico inicial de las lesiones identificando cuales son las lesiones vitales.
- Gammagrafía: mediante la administración de una pequeña dosis de radioisótopo permite ver posibles alteraciones en órganos o fracturas y lesiones osteoarticulares.
Ante esta variedad de técnicas de reconocimiento, es el radiólogo el responsable de seleccionar la pauta de exploración idónea que aporte, en cada caso la mejor información posible, con la menor dosis de radiación.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar, durante estos años las técnicas de radiodiagnóstico han evolucionad de tal forma que con todas las herramientas se puede diagnosticar de forma mas rápida y precisa las lesiones del paciente, influyendo en su posible tratamiento haciendo mas eficiente la labor sanitaria.
Tras varios estudios realizados, se ha verificado que el uso las herramientas diagnósticas y el buen manejo de las técnicas comentadas anteriormente, son indispensable en pacientes politraumatizados, ya que de esta manera se puede evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias si el diagnóstico previo está efectuado adecuadamente, pudiendo realizar en algunos casos un tratamiento temprano y más efectivo.

6 Bibliografía

1. Vista de Accidentes de tráfico: qué debe buscar el radiólogo en el paciente politraumatizado [Internet]. Espacio-seram.com. [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4554/3020
2. Ayerza S. Radiografía de los accidentes de tráfico: quién, cuando, donde y por qué. [citado 1 de septiembre de 2022]; Disponible en: https://www.segurosayerza.es/blog/radiografia-los-accidentes-trafico-quien-cuando-donde-y-porque-172
3. Investigación RS. Técnicas de imagen aplicadas tras un accidente in itinere múltiple [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnicas-de-imagen-aplicadas-tras-un-accidente-in-itinere-multiple/
4. Delgado S. Radiografía de los accidentes laborales en España [Internet]. Fundtrafic. 2018 [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://fundtrafic.org/radiografia-de-los-accidentes-laborales-en-espana/
5. Técnicas de imagen para el diagnóstico [Internet]. Blog de ILERNA Online. 2021 [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.ilerna.es/blog/aprende-con-ilerna-online/sanidad/tecnicas-de-imagen-diagnostico/

Capítulo 357

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS AGUDOS SOBRE LOS QUE DAR AVISO

GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN

FÁTIMA MORO PULIDO

ALBA GRUESO PEREZ

1 Introducción

Existen ciertas patologías cuyo tiempo de diagnóstico y tratamiento es crucial para la supervivencia del paciente y para la obtención de la mayor calidad de vida posible para la persona tras su tratamiento. En radiología, los técnicos especialistas en radiodiagnóstico son los profesionales encargados de realizar diferentes pruebas diagnósticas (resonancia magnética, tomografía computerizada, ecografía, radiografías convencionales, mamografías y estudios de medicina nuclear) con la mayor calidad posible para su posterior diagnóstico y tratamiento, por lo que son los primeros en ver hallazgos agudos de emergencia radiológica que necesitan un rápido aviso y actuación. Además, los técnicos en imagen para el diagnóstico, son los encargados de cumplir con las normativas de radioprotección para la seguridad del paciente atendido; y poseen funciones y habilidades para el cuidado de los pacientes como la comunicación, la colocación e inmovilización debida de los pacientes y realizar informes de incidencias o accidentes.
Cuando hablamos de hallazgos agudos, nos referimos a signos graves o súbitos, los cuales pueden aparecer, cambiar o empeorar rápidamente.
Con el paso del tiempo, esa capacidad de interpretar pequeños hallazgos radiológicos se ha ido difuminando, suponiendo un mayor riesgo para el paciente

padecedor de dicha patología. En este capítulo se explicarán varias de esas patologías, que suponen una importante visualización e interpretación, para ampliar la calidad asistencial sanitaria al paciente.

2 Objetivos

Informar acerca de hallazgos radiológicos destacables sobre los que dar aviso

3 Metodología

La realización de este trabajo ha sido basado en la investigación de varios artículos científicos y en el análisis y la comparación de varias páginas web que describen de forma detallada cada una de las patologías descritas con sus respectivas imágenes en distintos casos clínicos.

4 Resultados

1. Región craneal

1.1 Hematomas intracraneales

Es la acumulación de sangre dentro del cráneo. Puede ser consecuencia de la ruptura de un vaso o de un traumatismo fuerte. Esta sangre se puede acumular y ejercer presión sobre el cerebro causando otras lesiones. Existen dos tipos de hematomas de los cuales debemos saber identificar: hematoma epidural (acumulación de sangre entre el cráneo y la duramadre) y hematoma subdural (acumulación de sangre entre la duramadre y la aracnoides). Signos radiológicos:

- Hematoma epidural: Se presenta como una masa hiperdensa biconvexa con límites bien definidos. Se dispone adyacente a la línea de la fractura (en caso de que la haya).
- Hematoma subdural: en un caso agudo, se presenta como una masa hiperdensa en forma de "media luna". En un caso crónico, los hematomas subdurales se presentan como una masa hipodensa.

1.2 Encefalomalacia cerebral

Es el daño cerebral grave provocado por la pérdida de tejido cerebral. Suele estar asociado con las hemorragias debidas a un infarto cerebral, una isquemia cerebral, una infección, un traumatismo craneoencefálico u otra lesión. Se presenta como una imagen hipodensa a lo largo del parénquima cerebral.

1.3 Accidente cerebrovascular

- ICTUS isquémico: se produce por una obstrucción de una arteria debido a un coágulo sanguíneo o a un depósito de grasa, lo que evita que la sangre siga fluyendo hacia el cuerpo. En cuestión de minutos las células comienzan a morir. Se presenta como una hipodensidad en un segmento de un vaso, pérdida de diferenciación entre la sustancia gris y blanca e hiperdensidad en la arteria cerebral media (indicativo de trombo o émbolo intraarterial).
- ICTUS hemorrágico: se produce por un derrame cerebral ocasionado por la ruptura de un vaso o un traumatismo craneal pueden identificarse como intracerebral (parenquimatosa) o subaracnoidea (entre la aracnoides y la piamadre). o Parenquimatosa: imagen de alta atenuación dentro del parénquima cerebral. o Subaracnoidea: señal hiperdensa en los espacios subaracnoideos.

1.4 Tumores cerebrales

Es el crecimiento de células anómalas en el tejido cerebral. Pueden ser tanto malignos como benignos, primarios o metástasiscos, y pueden provocar problemas hemorrágicos y compresivos de las estructuras adyacentes. Se presentan como una masa que desplaza las estructuras que se encuentran alrededor, incluso la cisura interhemiférica..

2. Región medular

2.1 Compresión medular por cáncer

Es una de las complicaciones neurológicas considerada como emergencia oncológica que puede derivar en una pérdida irreversible de la función neurológica y un deterioro de la calidad de vida del paciente. La técnica de imagen de elección es la resonancia para obtener una imagen detallada de la lesión y saber si es intramedular o extramedular.

3. Region torácica y abdominal

3.1 Neumotórax

Presencia de aire en el espacio pleural cuya consecuencia es un colapso pulmonar parcial o completo. Puede aparecer de forma espontánea o como el resultado de un traumatismo. Cuando se produce un neumotórax a tensión entra aire en la inspiración en la cavidad pleural y no se vacía en la espiración. Se presenta como:

- Una línea fina y bien definida la cual representa el límite del pulmón separado de la pleura
- Desplazamiento mediastínico

- Aplanamiento de la curva diafragmática
- Ausencia de vasos entre el límite del pulmón y la pared torácica
- Hemitórax hiperclaro
- Signo el margen nítido
- Hiperclaridad, secundaria a un espacio interpleural

Sin embargo, en los neonatos, la línea pleural no es visible, por lo que supone todo un reto el diagnóstico cuando la cantidad de aire es pequeña y se acumula en el espacio pleural anterior o medial. En estos casos se debe evaluar las radiolucencias asimétrias entre ambos hemitórax, especialmente en las localizaciones basales y mediastinicas.

3.2 Enfisema subcutáneo
Presencia de aire dentro de los tejidos bajo la piel. Se evidencia mediante radiografía simple del cuello y tórax, con, además, signos de neumotórax o neumoperitoneo, o incluso del abdomen con aire intradiafragmático.

3.3 TEP
Taponamiento de los vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón a los pulmones a causa de un trombo o un émbolo de gas. En la mayor parte de los casos el trombo se origina en las venas de los miembros inferiores y migra hasta la arteria pulmonar. Puede ser una enfermedad mortal. En los casos de mayor gravedad se presenta en el TC como:
- Tronco de la arteria pulmonar de mayor calibre que la aorta
- Ventrículo derecho de mayor tamaño que el ventrículo izquierdo
- Desviación del tabique interventricular hacia el ventrículo izquierdo

3.4 Derrame pleural o atelectasia
Opacificación completa del hemitorax por la obstrucción de las vías respiratorias por un cuerpo extraño, un tumor o por compresión extrínseca de estas, produciendo un colapso del tejido pulmonar con pérdida del volumen. Se presenta como un borramiento del seno costofrénico de forma lateral en la radiografía AP de tórax; y de forma posterior en la radiografía lateral. Se muestra como un borde bien delimitado y cóncavo hacia arriba entre el pulmón y el espacio pleural. En el TC se presenciará un engrosamiento pleural.

3.5 Aneurisma
Ensanchamiento o abombamiento anormal de las paredes de un vaso sanguíneo.

El riesgo que entraña una aneurisma es la posibilidad de ruptura, lo que causaría un sangrado interno e incluso la muerte. En la radiografía de tórax suele presentarse como un ensanchamiento del mediastino o un aumento de tamaño del botón aórtico, sin embargo, no es del todo fiable. En el TC se visualizará como un aumento del diámetro en la pared de la arteria.

3.6 Disección aórtica
Trastorno, a menudo mortal, en la capa interior de la aorta Esta ruptura de la pared puede derivar en una disección arterial o en la disminución de flujo sanguíneo hacia los órganos. Se presentará radiológicamente como:
- Hematoma retroperitoneal adyacente o derrame pleural
- Poca diferenciación entre la pared aórtica y las estructuras adyacentes
- Recubrimiento del cuerpo vertebral por la pared deformada de la arteria

3.7 Perforación gastrointestinal
Orificio que se desarrolla a través de un órgano del cuerpo a lo largo del sistema digestivo, causando una liberación del líquido gastrointestinal y derivando en una infección del torrente sanguíneo potencialmente mortal. Necesita de una intervención quirúrgica inmediata. Signos frecuentes:
- Aire subdiafragmático
- Signo de Leo Rigler o de doble pared
- Aire libre en la radiografía en decúbito lateral

5 Discusión-Conclusión

La figura del técnico especialista en imagen para el diagnóstico es crucial para la asistencia en emergencias y el aviso de patologías urgentes que necesitan una rápida actuación para el mayor resultado en cuanto a calidad de vida y supervivencia del paciente.
Su visualización, en el momento de la obtención de imágenes, variará en función de la gravedad patológica, pero es de suma importancia que el técnico especialista esté formado con una buena base de conocimientos en el diagnóstico básico para ayudar al médico radiólogo a la hora de tomar decisiones sobre la próxima actuación en el menor tiempo posible.

6 Bibliografía

(1) Junquera, R. (s/f). Cráneo. Fisioterapia-online.com; FisioOnline. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.fisioterapia-online.com/glosario/craneo
(2) Triglia, A. (2016, julio 21). Tronco del encéfalo: funciones y estructuras. Psicologiaymente.com. https://psicologiaymente.com/neurociencias/tronco-del-encefalo-funciones
(3) (S/f). Www7.uc.cl. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de http://www7.uc.cl/sw_educ/neurociencias/html/030.html
(4) Junquera, R. (s/f). Ventrículos del cerebro. Fisioterapia-online.com; FisioOnline. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.fisioterapia-online.com/glosario/ventriculos-del-cerebro
(5) Tumores de plexo coroideo. (2020, marzo 26). Instituto Nacional del Cáncer. https://www.cancer.gov/rare-brain-spine-tumor/espanol/tumores/tumores-plexo-coroideo#::text=El%20plexo%20coroideo%20reviste%20los,en%20otras%20partes%20del%20SNC.
(6) Gonzalez-Marrero, I., Hernández-Abad, L. G., Castañeyra-Ruiz, L., Carmona-Calero, E. M., & Castañeyra-Perdomo, A. (2018). Variaciones de los plexos coroideos y las barreras cerebrales en la hipertensión arterial y el envejecimiento. Neurología (English Edition), 37(5), 371–382. https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-variaciones-plexos-coroideos-barreras-cerebrales-S0213485318301750
(7) TC del cerebro y de la cara: atlas interactivo de anatomía - eAnatomy. (s/f). IMAIOS. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.imaios.com/es/e-Anatomy/Cerebro/Cabeza-TC
(8) Rubio, N. M. (2021, julio 6). Sistema ventricular del cerebro: partes, características y funciones. Psicologiaymente.com. https://psicologiaymente.com/neurociencias/sistema-ventricular
(9) Mingrone, A. G. (2021, noviembre 3). TÁLAMO: qué es, funciones y ubicación - Con imágenes. https://www.psicologia-online.com/talamo-que-es-funciones-y-ubicacion-6013.html#anchor_0
(10) ¿Qué gravedad tiene la encefalomalacia? Tipos, causas y tratamiento. (2020, agosto 6). Assolea.org; Association LEA. https://assolea.org/es/encefalomalacia-definici%C3%B3n-causas-tipos-s%C3%ADntomas-y-tratamiento/
(11) ACV hemorrágico: cómo reconocer el ictus hemorrágico - Bupa. (s/f). Bupasalud.com. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.bupasalud.com/salud/acv-accidente-cerebrovascular-hemorragico

(12) Tumores cerebrales. (2002). Brain and Nerves. https://medlineplus.gov/spanish/braintumors.html
(13) Manuales, M. S. D. (2022, agosto 24). Aspiración del neumotórax con catéter pigtail. https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%ADnicos-y-pleurales/neumot%C3%B3rax
(14) Aneurismas. (2021, septiembre 24). Mayoclinic.org. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/aneurysms/symptoms-causes/syc-20354633
(15) Sánchez Lezama, F., & Magaña Reyes, J. I. (2020). Disección aórtica. Acta Médica Grupo Ángeles, 18(1), 93–94. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/aortic-dissection/symptoms-causes/syc-20369496
(16) Sánchez Lezama, F., & Magaña Reyes, J. I. (2020). Disección aórtica. Acta Médica Grupo Ángeles, 18(1), 93–94. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000181.htm
(17) Perforación gastrointestinal. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000235.htm#::text=La%20perforaci%C3%B3n%20es%20un%20orificio,recto%20o%20la%20ves%C3%ADcula%20biliar.
(18) Ansari, P. (s/f). Perforación del tubo digestivo. Manual MSD versión para público general. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/perforaci%C3%B3n-del-tubo-digestivo
(19) Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de http://file:///C:/Users/53823240C/Downloads/1688-Presentaci%C3%B3n%20Electr%C3%B3nica%20Educativa-1700-1-10-20190314.pdf
(20) Artasona, L. M. (s/f). ENCEFALOMALACIA. HALLAZGOS EN TC e IRM (Encephalomalacia. CT and MRI Findings) luis mazas artasona. Noviembre 2016. Elbaulradiologico.com. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de http://www.elbaulradiologico.com/2016/11/encefalomalacia-hallazgos-en-tc-e-irm.html
(21) Ciardullo, S. (2020, febrero 5). Imágenes del Ictus Isquémico en TC y RM. Radiologia 2.0. https://radiologia2cero.com/imagenes-del-ictus-isquemico/#Signos_Inmediatos
(22) Ciardullo, S. (2021, enero 6). Las Hemorragias Intracraneales en Imágenes de TC y RM. Radiologia 2.0. https://radiologia2cero.com/hemorragias-intracraneales/#Hemorragia_Intracerebral_HIC_o_Parenquimatosa
(23) (S/f). Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de http://file:///C:/Users/53823240C/Downloads/8083-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7990-1-10-20220315.pdf
(24) (S/f). Core.ac.uk. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://core.ac.

uk/download/pdf/161349255.pdf
(25) S T U D I O D E I M Á G E N E, E., Introducción, S., & Torres, A. V. (s/f). DIagnóSTIcO raDIOgráfIcO DE nEUMOTóraX. Binasss.sa.cr. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/598/art5.pdf
(26) (S/f). Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de http://file:///C:/Users/53823240C/Downloads/584-Presentaci%C3%B3n%20Electr%C3%B3nica%20Educativa-714-1-10-20190131.pdf
(27) (S/f). Medigraphic.com. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms176a.pdf
(28) Farber, M. A., & Parodi, F. E. (s/f). Aneurismas de la aorta torácica. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-de-la-aorta-y-sus-ramas/aneurismas-de-la-aorta-tor%C3%A1cica
(29) (S/f). Serau.org. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de http://serau.org/2017/05/signos-de-inminente-rotura-en-un-aneurisma-de-aorta-toracoabdominal/#::text=Ante%20la%20sospecha%20de%20esta,Signo%20de%20la%20semiluna%20hiperdensa
(30) Cabrera T, R., & O□Brien S, A. (2006). Rotura DE aneurisma aortico abdominal: Reporte DE Un Caso y revision DE literatura. Revista Chilena de Radiología, 12(3), 123–127. https://doi.org/10.4067/s0717-93082006000300005
(31) Enfisema subcutáneo. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003286.htm#::text=Se%20presenta%20cuando%20el%20aire,en%20otras%20partes%20del%20cuerpo.
(32) Empendium.com. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.3.20
(33) Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de http://file:///C:/Users/53823240C/Downloads/1819-Presentaci%C3%B3n%20Electr%C3%B3nica%20Educativa-1824-1-10-20190321.pdf

Capítulo 358

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y SU PAPEL EN LA DETERMINACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

ANA LÓPEZ VELASCO

SONIA GARCÍA GONZÁLEZ

MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ

YANIRA SALINERO ESCOBAR

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

La definición clásica que ofrece la OMS para definir las drogas de abuso es la siguiente: "droga es toda aquella sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas y a su vez, puede provocar tolerancia"

A menudo se presentan en el servicio de urgencias numerosos pacientes que ofrecen una alteración de la realidad, confusión, dificultad para hablar, euforia y/u otro síntomas que hacen pensar al facultativo que estos pacientes son susceptibles de haber consumido este tipo de sustancias, bien sea por prescripción

médica o derivados del consumo ilícito, voluntario o no, de ellas. Además, algunas patologías cursan también con esta sintomatología y es por ello por lo que resulta imprescindible determinar si el motivo de estas manifestaciones psíquicas y/o del sistema nervioso entre otros, son debidos a una causa subyacente de una enfermedad en concreto o, como decimos, del consumo de ciertas sustancias.
Un cribado rápido y eficaz para determinar si los pacientes han consumido alguna sustancia capaz de haber provocado dichos comportamientos, servirán de guía rápida a la hora de prescribir un tratamiento y diagnosticar la posible causa de ese tipo de manifestaciones.
Las técnicas de screening en orina de drogas múltiples de abuso basados en inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral, son pruebas que ofrecen resultados cualitativos fiables, siendo a menudo los más usados en los laboratorios de urgencias para la detección de drogas y sus metabolitos. Se basan en la utilización de anticuerpos monoclonales para hacerlo de manera selectiva siempre que la presencia de éstas sustancias en orina se encuentre en un rango determinado de concentración. Son capaces de proporcionar un resultado analítico preliminar, aunque posteriormente para obtener un resultado cuantitativo y de confirmación deberá emplearse otra técnica como la cromatografía de gases ó espectrometría de masas.
Este método es capaz de detectar las siguientes sustancias y sus metabolitos:
- Anfetaminas (AMP).
- Barbitúricos (BAR)
- Benzodiazepinas (BZO)
- Cocaína (COC)
- Marihuana (THC)
- Metadona (MTD)
- Metanfetamina (MET)
- Metilendioximetanfetamina (MDMA)
- Opiáceos (OPI 300)
- Opiáceos (OPI 2000)
- Oxicodona (OXY)
- Feniciclidina (PCP)
- Antidepresivos tricíclicos (TCA)

Además ofrecen la ventaja de ser un tipo de pruebas no invasivas, en las que ha de tomarse una muestra de micción aislada y es el paciente quien puede obtener la muestra, si bien esto puede ofrecer la desventaja que sea el propio paciente el que pueda falsear la muestra diluyéndola ó sustituyéndola por agua u otros líquidos susceptibles de no dar positivo en la determinación.

A pesar de todo, consideramos que es el método de elección predilecto por los laboratorios de urgencias de la mayoría de hospitales que realizan éstas determinaciones.

2 Objetivos

Exponer mediante la aplicación de un caso clínico, la utilidad de la prueba rápida de detección cualitativa simultánea de drogas múltiples y sus metabolitos en orina.

3 Caso clínico

Acude al servicio de urgencias un varón de 22 años que presenta euforia, taquicardia y alteraciones de la realidad. Poca colaboración para exploración por estar tremendamente exaltado, frecuencia cardiaca de 160 ppm y tensión arterial de 200/140 mmHg. Sat O2: 98% . Temperatura 36'3º C. Pupilas reactivas e iscóricas. No dolor torácico, ni abdominal, no vómitos. No antecedentes psiquiátricos ni crisis anteriores. No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes clínicos de interés ni toma medicación diaria. Fumador de 20 cigarrillos diarios, consumidor de alcohol los fines de semana y ocasionalmente cannabis. Manifiesta que "le persigue un indio" tras haber estado en una discoteca con sus amigos y haberle visto por primera vez en una visita al servicio. Dice que a partir de ahí ha comenzado a seguirle y dispararle flechas, sin conseguir impactar ninguna en él. El paciente afirma haber consumido cannabis y alcohol durante la noche únicamente. Ante la sospecha de consumo de sustancias estimulantes del SNC se procede a una toma de muestra de orina para realizar un test de drogas.
El laboratorio de bioquímica de urgencia determina un resultado positivo al consumo de las siguientes sustancias:
- Marihuana (THC)
- Cocaína (COC)
- Metanfetamina (MET)

Tras el resultado arrojado por el laboratorio, el paciente reconoce haber ingerido estas sustancias, pero ha descartado comunicárselo al facultativo por el temor de que sus padres sean informados de esto. El paciente refiere que sus padres son conocedores del consumo ocasional de cannabis y alcohol pero no de otras sustancias. Se procede a la monitorización del paciente y a la administración de suero glucosalino 1/3 M y 5mg de diazepam. Tras la medicación administrada el paciente refiere mejoría respecto al ritmo cardíaco elevado aunque se decide dejar

en observación al menos 24 horas hasta la mejoría completa y que el paciente deje de tener visiones confusas de la realidad (deje de ver al indio u otros posibles personajes derivados del consumo de drogas).

4 Discusión-Conclusión

La detección de las sustancias dopantes a través de las técnicas rápidas de screening en orina de drogas puso de manifiesto de una manera rápida y eficaz que las manifestaciones clínicas del paciente eran debidas al consumo de drogas y no a otros problemas o afecciones subyacentes como crisis psicóticas o problemas psiquiátricos u otras enfermedades, lo que hizo posible que en pocos minutos se pudiese llegar a pautar un tratamiento, en este caso observación, suero glucosado y diazepam, para solventar el problema. Esto supuso un bajo coste al centro hospitalario, al tratarse de un método económico, lo que de otra forma y sin haber estado disponible en el laboratorio de urgencias este test, habría sido necesario realizar otro tipo de pruebas más costosas como TAC (tomografía axial computerizada) para descartar otra serie de patologías.
Por todo esto, consideramos recomendable y necesario la disposición de test rápidos de detección de drogas de abuso en todos los hospitales con servicio de urgencias, para que el diagnóstico inicial sea realizado en breve y el paciente pueda comenzar el tratamiento cuanto antes.

5 Bibliografía

1. Andrés JM, Díaz J, Castelló J, Fabregat A, López P. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Elda (Alicante). Drogas de abuso: evaluación de las unidades de conductas adictivas en un Área Sanitaria. Rev Diagnóstico 2002;51(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732002000200005
2. Balsells D, Deulofeu R, Gassó M, Lillo JA, Merin A, Moreno A. Educación Continuada en el laboratorio clínico Comité de Educación. ISSN 1887-6463 – Junio 2013. Comisión de Monitorización de Fármacos y Toxicología Clínica de la Sociedad Española de Química Clínica y Patología Molecular (SEQC). Importancia del laboratorio clínico en el análisis de drogas de abuso. Ed Cont Lab Clín; 2012-2013;16:109-18. Disponible en: https://www.seqc.es/download/tema/7/3326/6846157/82154/cms/tema-9-importancia-del-laboratorio-en-el-analisis-de-drogas-de-abuso.pdf/

3. Manuales de laboratorio cínico y biomédico del servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (versión impresa).

Capítulo 359

FRACTURAS EN TALLO VERDE

JULIA CABEZA LANCHAS

ANA VANESA SOUTO PRIETO

MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA

MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO

ANA DEL SAZ BERNAL

1 Introducción

La radiología pediátrica incluye la aplicación de la radiología diagnóstica a la comprensión, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de enfermedades en bebés y niños.
Hablando de fracturas en niños, primero debemos saber que los huesos maduran con la edad, por lo que debemos comprender la etapa de madurez ósea para identificar correctamente qué es anormal y qué no lo es anormal y poder hacer buen uso del diagnóstico radiológico.
En este tema, nos basaremos en la ”fractura en tallo verde”.
Estas fracturas implican rotura de un hueso. El hueso se rompe en un solo lado, pero la fractura no atraviesa el hueso.
Reciben su nombre por su parecido con una rama que se rompe o astilla por un solo lado.
El hueso no está completamente roto, lo que se denomina ”fractura incompleta”, pero los fragmentos están desplazados y tienen ángulos de amplitud variable que deben corregirse.

Todas las fracturas en tallo verde, incluso las menores o sin desplazamiento, deben inmovilizarse con una férula cerrada o un yeso.
En los casos más severos o en casos de gran desplazamiento, puede ser necesaria la reducción bajo control escópico y la sedación y colocación de un yeso cerrado. La función del yeso es mantener la reducción para que el hueso pueda consolidarse y evitar una fractura completa del hueso en caso de una nueva caída.

2 Objetivos

En este artículo se pretende:
-Explicar en que consiste las llamadas fracturas en tallo verde.
-Enunciar los distintos mecanismos de acción y por los que se pueden producir y se producen las fracturas en tallo verde.
-Mencionar en que segmento de la población se producen en mayor proporción dichas fracturas.
-Comentar que huesos son más susceptibles de verse afectados por este tipo de fractura.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una fractura en ”tallo verde” es una fractura diafisaria incompleta que ocurre en niños y ocurre cuando el hueso es sometido a un ángulo de dos fuerzas, producto de un mecanismo de flexión o torsión que rompe el límite de flexión del hueso infantil.
En una flexión excesiva, el lado convexo del hueso hace que se desgarre el periostio y la corteza, mientras que el lado cóncavo solo relaja el peritoneo y no se rompe.
Este ”tallo verde” roto recibió su nombre debido a su apariencia, que es muy similar a la que ocurre cuando intentas romper el tallo verde de una planta en

crecimiento, lo que hace que la desviación desde el principio sea la misma. Esta analogía ayuda a comprender la definición de esta entidad.

-Causas de fractura en tallo verde.

Una fractura en tallo verde suele ser el resultado de caídas o accidentes menores; cuando los niños participan en actividades como deportes o se les observa a menudo en juegos apropiados para su edad.

Durante estas actividades, a menudo se observa que los niños caen sobre sus manos debido a una respuesta de impulso humano natural, como extender los brazos para soportar el peso de su cuerpo durante una caída.

Sin embargo, los huesos que aún no se han calcificado no pueden resistir el impacto resultante y, debido a su gran flexibilidad, tienden a doblarse o agrietarse en lugar de romperse, por las razones descritas anteriormente.

Las fracturas en tallo verde son más comunes en los huesos corticales, muy delgados y diafisarios, delgados pediátricos, como el antebrazo, la muñeca y la clavícula. Las desviaciones se producen en el tercio inferior de la tibia y a nivel del fémur.

- Los daños se pueden encontrar de esta manera:

*Antebrazo: Caracterizado por la diáfisis, incluyendo huesos como el cúbito y el radio, que es común en los niños. El mecanismo de las fracturas de tallo verde del antebrazo puede ocurrir a través de una angulación anteroposterior o un mecanismo de rotación. También se pueden encontrar en los tercios distal y medio del antebrazo y en la región metafisaria distal del cúbito y el radio.

Por otro lado, también hay casos en los que la varilla azul se rompe en la articulación del hueso del carpo y se acompaña de deformidad de la columna, que es más común en los niños.

*Clavícula: En los niños, la clavícula es un hueso ligero. Fractura, por lo que es el hueso que más se rompe, por lo que la edad media de una fractura de clavícula es inferior a 10 años. Esta fractura suele producirse por un mecanismo indirecto, es decir, como consecuencia de una caída sobre un apoyabrazos u hombro, cuya fuerza se traslada a la clavícula, provocando una fractura en el hueso.

Signos y síntomas;

Varían según la gravedad de la fractura en tallo verde,

Las fracturas leves en el antebrazo se puede confundir con esguinces u hematomas, presentando la movilidad casi normal y un dolor sobre el hueso afectado.

Las fracturas en tallo verde más graves, pueden provocar una deformidad notable, con mucho dolor e hinchazón.

La imagenología es complementaria y muy útil para el diagnóstico; por lo tanto,

si se solicita una radiografía, se debe mencionar el sitio lesionado, no el hueso, segundo, lateral, derecho o izquierdo, y la exposición de rayos X deseada, es decir o lado, más normales.
En general, las fracturas en los niños deben compararse con las radiografías que pueden distinguir las radiografías de un miembro sano de un miembro lesionado para que se pueda determinar una ruptura después de una fractura de banda azul. Observado solo por rayos X en una de las conchas con desviación del ángulo de la columna vertebral.
Seguimiento de la evolución de la fractura con radiografías;
-Postreducción y postinmovilización.
-Una o dos semanas más tarde, si se ha producido una modificación.
-Después de cada enyesado.
-Después de tres o cuatro semanas.
Antes de dar el alta al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que las fracturas en tallo verde son más comunes en los niños, eso no significa que no ocurran en los adultos.
Categorizando la extensión de las fracturas, en ocasiones pueden pasar desapercibidas, de ahí la importancia de vigilar a los niños, especialmente a los lactantes, que evitan apoyar las extremidades afectadas por el dolor. Cuando son más graves se distinguen por existir una deformidad.
Los estudios de radiología son importantes, se hacen al menos dos proyecciones, tendremos en cuenta que el hueso está creciendo, y si es necesario, haremos radiografías comparativas en miembros sanos.
Las fracturas en tallo verde en los niños se curan en tres o cuatro semanas con una buena corrección e inmovilización, ya que el hueso sigue creciendo y consolidándose más rápidamente.
Tendremos que seguir un control radiográfico hasta que la fractura sane.

6 Bibliografía

1. Garrido García, J. Fractura en tallo verde en niños: Emergencias. Fecha 30 de mayo del 2013
2.González - Herranz. Fracturas diafisarias femorales: Apuntes de fracturas infantiles. 2da edición. Madrid - España. Ediciones Ergon. Madrid - España. 2002

3.Gascó Gómez de Membrillera, J. Conceptos básicos en Traumatología infantil. Epidemiología. Tratamiento cerrado de las fracturas. Tratamiento abierto de las fracturas. Remodelamiento de fracturas mal consolidadas.. Accedido en fecha 30 de mayo 2013

Capítulo 360

EL TECNICO DE LABORATORIO Y SU PAPEL EN LA DETERMINACIÓN DE PORFOBILINÓGENO EN ORINA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS.

ANA LÓPEZ VELASCO

SONIA GARCÍA GONZÁLEZ

MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ

YANIRA SALINERO ESCOBAR

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

Las porfirinas son unos compuestos químicos que participan en la síntesis del grupo hemo de la hemoglobina, proteína encargada del transporte de oxígeno y CO_2 a través de la sangre. En condiciones normales son excretadas por el organismo, y cuando existe alguna deficiencia en el metabolismo de las mismas éstas pueden llegar a acumularse y producir ciertos trastornos conocidos como porfirias. Estos trastornos son de origen genético y se clasifican en cuatro grupos, dependiendo de dónde se produzca el defecto enzimático en la vía de síntesis del grupo hemo.

Determinadas actitudes pueden desencadenar la aparición de crisis porfiricas, tales como la ingesta de alcohol, el consumo de tabaco o ciertas dietas hipocalóricas o de ayuno prolongado, entre otros.
La característica principal de las porfirias agudas es la acumulación de porfobilinógeno (PBG) y ácido 5-aminolevulínico (ALA), produciéndose en el sujeto un cuadro clínico que cursa con síntomas agudos neuroviscerales, tales como dolor abdominal intenso, alteraciones mentales, daños neurológicos, e incluso afectaciones de la piel que cursan con dolor e hinchazón y pueden comprometer la calidad de vida del paciente.
Es por ello que un diagnóstico precoz para determinar la presencia o ausencia de porfobilinógeno en orina en el laboratorio es vital para la toma de decisiones correcta y una pronta implantación del tratamiento adecuado a cada paciente.
Un resultado positivo pondrá de manifiesto que el cuadro clínico que presente el paciente, se deberá a una crisis porfírica.

2 Objetivos

-Señalar la importancia de la detección temprana de porfobilinógeno en orina en el laboratorio.
-Recomendar la disponibilidad del Test de Hoesch en todos los laboratorios de urgencias como diagnóstico diferencial de porfiria aguda.

3 Caso clínico

Acude al servicio de urgencias una mujer de 26 años que presenta dolor abdominal de una semana de evolución acompañado de vómitos, con temblores y en ocasiones palpitaciones. Buen estado en general a la exploración, frecuencia cardíaca 99 pm y tensión arterial 180/90mmHg. Dolor abdominal a la palpación con defensa, no ruidos hidroaereos. Analítica completa sin valores anómalos, salvo hiponatremia. Se realiza una tomografía axial computerizada sin hallazgos patológicos.
La paciente refiere empeoramiento tras mantenerla ingresada durante 24 horas, con aparición de neuropatía motora, necesidad de programar nutrición enteral y ausencia de respuesta a tratamiento médico. Todo ello junto con la coincidencia de ovulación de período menstrual hace sospechar de un episodio de crisis de porfiria.
Ante las manifestaciones clínicas que presenta y tras descartar otras patologías, se decide realizar el TEST DE HOESCH para determinar si la paciente está

sufriendo una crisis de porfiria aguda. El procedimiento resulta tremendamente sencillo y rápido de realizar y se procede de la siguiente manera: se tomó 1 ml de reactivo de Ehrlich (p-dimetilaminobenzaldehído en HCl 6N) y se añadieron tres gotas de orina de la paciente, esperando a ver si se tornaba en rosa intenso o rojo. El resultado fue positivo y determinante para comenzar el tratamiento correcto y descartar otras patologías, a pesar de que posteriormente hubo que realizar la cuantificación de las porfirinas totales y sus precursores en orina de 24 horas.
Una vez realizada la cuantificación de las mismas, a la paciente se le suministró arginato de hemina intravenosa, con una rápida resolución del cuadro.
Tras algunos años de la aparición de la crisis, la paciente se encuentra asintomática con alguna secuela neurológica derivada del episodio de debut de su enfermedad.

4 Discusión-Conclusión

El TEST DE HOESCH puso de manifiesto la presencia de porfobilinógeno en orina, orientando al facultativo en el diagnóstico precoz de una crisis de porfiria para su inmediato tratamiento y resolución de la misma en un tiempo relativamente aceptable, minimizando además el riesgo de aparición de complicaciones. Cuando surgen complicaciones tras la aparición de las crisis porfíricas, suelen estar relacionadas con la dificultad en el reconocimiento de las mismas, que tienden a retrasar el diagnóstico. Por ello es imprescindible la realización del TEST DE HOESCH ante la mínima sospecha diagnóstica en la que el paciente refiera patología gastrointestinal (abdomen agudo), hiponatremia o neuropatía y considerar una posible porfiria aguda en el caso de resultar positivo dicho test.
Se trata de un test de bajo coste y sencillo de realizar, nada invasivo con el paciente cuyo resultado arroja en pocos minutos un resultado orientativo para el facultativo.
Por todo esto, consideramos recomendable y necesario la disposición del TEST DE HOESCH en todos los hospitales con servicio de urgencias, para que el diagnóstico inicial sea realizado en breve y el paciente pueda comenzar en tratamiento cuanto

5 Bibliografía

1.Diagnosis and Treatment of Acute Intermittent Porphyria Jie Bai 1, Zhi Hong Wang 1 Affiliations expand PMID: 29338831 DOI: 10.3881/j.issn.1000-503X.2017.06.017

2. Bissell DM, et al. Porphyria. N Engl J Med. 2017 Aug 31;377(9):862-872.
3.Porfiria aguda intermitente como causa de abdomen agudo no quirúrgico. Disponible en https://www.sapd.es/revista/2019/36/5/08/pdf
4. Acute hepatic porphyrias for the neurologist: current concepts and perspectives Arq. Neuro-Psiquiatr. 79 (1) Jan 2021. Disponible en https://doi.org/10.1590/0004-282X20200096

Capítulo 361

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y SU PAPEL EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE VIH EN EL LABORATORIO.

ANA LÓPEZ VELASCO

SONIA GARCÍA GONZÁLEZ

MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ

YANIRA SALINERO ESCOBAR

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

Las siglas VIH corresponden al virus de inmunodeficiencia humana. Es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que en los países desarrollados aparece aproximadamente a los diez años del contacto con el virus y en aquellos países que carecen de un sistema de salud eficiente lo hace, como mucho, alrededor de los cinco años siguientes tras la exposición al virus.
Este virus es del género lentivirus y pertenece a la familia retrovirus, y su mecanismo de acción es provocar un fallo del sistema inmunitario, de tal manera que el individuo infectado en cuestión puede desarrollar ciertas infecciones oportunistas que en un principio no serían mortales en individuos sanos, y sin embargo en las personas afectadas por el VIH podrían causar la muerte, siempre

que los niveles de linfocitos T CD4 se encuentren por debajo de 200 por ml de sangre.
El contagio de VIH se produce principalmente por tres vías, que son la transmisión sexual a través de los fluidos biológicos como semen, secreciones rectales, genitales u orales cuando no se toman medidas preventivas (uso del preservativo), el contagio materno fetal en el embarazo o el parto, lo que se conoce como transmisión perinatal ó por vía sanguínea, como por el contacto de sangre cuando se comparten jeringuillas para la administración de ciertas drogas como la heroína, cuando se realizan tatuajes o piercings con un material reutilizado y no desinfectado adecuadamente o más raramente y afortunadamente menos frecuente por transfusiones de sangre y sus productos derivados (plaquetas, etc).
En algunas ocasiones al laboratorio de urgencias nos llegan peticiones para la realización de pruebas rápidas de diagnóstico de VIH cuando ocurren lo que coloquialmente se conoce como " accidentes biológicos", que según el protocolo de salud del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla la Mancha) se define como "aquel que se produce cuando un individuo entra en contacto con sangre u otros fluidos biológicos (semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico), a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel intacta o mucosas, durante el desarrollo de actividades laborales."
Cuando un profesional sanitario es víctima de un accidente biológico, una de las pruebas que se solicita al laboratorio de urgencias es la realización de un test rápido de detección de VIH, que consiste en un test capaz de detectar la presencia de anticuerpos frente al virus de inmunodeficiencia humana.

2 Objetivos

-Señalar la importancia de la detección temprana de anticuerpos de VIH en el laboratorio.
-Incluir el test rápido de anticuerpos de VIH en todos los protocolos de actuación frente a accidentes biológicos.
-Explicar cuál es el procedimiento para la detección de VIH y el papel del técnico de laboratorio.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la recopilación de información a partir de una revisión bibliográ-

fica en bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo, reuniendo todos los aspectos que hemos considerado de utilidad entre los artículos y publicaciones de los últimos ocho años.

4 Resultados

Las técnicas más frecuentes que se utilizan en el laboratorio, son aquellas basadas en la detección de anticuerpos específicos anti-VIH y/o detección de antígenos en suero y la detección de material genómico mediante la técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa).
Estas técnicas son las siguientes:
Técnicas de cribado o Enzimoinmunoensayo (ELISA). Se basan en la detección conjunta de antígenos p24 y anticuerpos frente al VIH. Para ello pueden utilizarse el método ELISA, que emplea quimioluminiscencia a través de la utilización de un sustrato capaz de producir luz y que nos ofrece una sensibilidad mayor del 99%, aunque confiere una especificidad baja, por lo que deberá confirmarse un resultado positivo posteriormente con otra técnica que presente mayor especificidad, o emplear una técnica de inmunocromatografia para la detección de anticuerpos. Esta técnica presenta una mayor sensibilidad y es susceptible de emplearse también como método de cribado. Estos últimos son los que se encuentran disponibles en los laboratorios de urgencias y únicamente es necesario utilizar una gota de sangre periférica, si bien es frecuente que en el laboratorio empleemos unas gotas de plasma con EDTA, ó plasma con heparina de litio obtenida mediante extracción venosa por el DUE en el servicio de urgencias. Por último también es frecuente utilizar técnicas de aglutinación de antígenos previamente fijados en presencia de suero con anticuerpos anti VIH. Esta prueba presenta una sensibilidad comparable a la ofrecida por el método ELISA, aunque su grado de especificidad es mucho menor.
Cuando obtenemos un resultado positivo con cualquiera de las técnicas anteriores, se han de realizar otros métodos de confirmación, siendo la más empleada la realización de Westernblot, inmunoblotting o inmunoelectrotransferencia. Está basada en la detección de anticuerpos específicos frente a la exposición a antígenos virales fijados en un soporte sólido, que suele ser de nitrocelulosa o nylon.
El método de inmunofluorescencia indirecta es otra de las técnicas susceptibles de utilizarse y está basada en la demostración de anticuerpos frente a células infectadas por VIH. Como antígenos se utilizan linfocitos humanos previamente infectados que han sido fijados sobre un portaobjetos. El inconveniente de esta

prueba es que precisa unos niveles de anticuerpos superiores a los detectados por westernblot y en primeras fases tras el contagio (periodo ventana) pueden no ser susceptibles de ser detectados.
Por último puede emplearse la técnica de radioinmunoprecipitación, que está basada en la demostración de anticuerpos de VIH en suero, y que en presencia de proteínas víricas marcadas con un isótopo radioactivo conduce a la formación de inmunocomplejos.
Para la cuantificación de la carga viral del paciente, se utiliza la técnica PCR, y se basa en la cuantificación del ARN del virus que presenta en sangre el individuo sospechoso de haber sido infectado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se solicite la realización de una prueba para la detección de VIH el facultativo deberá conocer previamente la especificidad y sensibilidad que presentan cada una de las pruebas disponibles en el laboratorio, así como la probabilidad y el tiempo de exposición del paciente frente al virus, y dependiendo de todos estos factores será determinante elegir un método u otro de detección para iniciar un tratamiento antiretroviral cuanto antes, si así lo considera oportuno.
Consideramos que lo principal frente a una posible infección, accidental o no, es utilizar una técnica de cribado, al ser estas técnicas las que presentan mayor sensibilidad y pueden ofrecernos unos resultados más o menos preliminares determinantes para incluir al paciente como sospechoso o no de ser portador del virus. Como hemos dicho anteriormente, si al realizar una de éstas pruebas obtuviésemos un resultado positivo, será necesario realizar una técnica de confirmación más específica para confirmar el resultado, siendo la determinación de carga viral mediante PCR un buen marcador pronostico e incluso una vez iniciado el tratamiento, la mejor manera de monitorizar la respuesta , de éxito o fracaso, de un tratamiento aplicado.

6 Bibliografía

1. T L Ning,Y Guo, M N ZHeng, J Y Bai, X Zhao , N Zhou, H Gong, S H Cheng The characteristics of recent HIV-1 infection and associated factors in Tianjin
2. Belmonte Gómez, María Antonia; Castillo Soria, Olivia; Ballester Blasco, Josefa; Castro Rodríguez, Inmaculada; Pérez Riquelme, Francisco; Monteagudo Piqueras, Olga.

Evaluación de un programa de salud pública sobre diagnostico precoz de VIH con prueba rápida. Revista Española de Salud Pública 2019, Volumen 93 elocation e201912119
3. Oliva G, Almazán C y Guillén M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Ministerio de Sanidad y Política Social (2017). www.icoma.eu/adjuntos/PruebadeteccionrapidainfecciónVIH.pdf
4. Bartlett JG, Redfield RR, Pham PA. Laboratory tests. In: Bartlett JG, Redfield RR, Pham PA, eds. Bartlett's Medical Management of HIV Infection. 17th ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2019:chap 2.

Capítulo 362

PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: SITUACIONES DE RIESGO VITAL QUE AFECTAN AL APARATO RESPIRATORIO

DANIEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El aparato respiratorio es el conjunto de órganos que se encarga de realizar el intercambio de gases con en medio ambiente, que consiste en la obtención de oxígeno para ser transportado hacia los diferentes organismos y tejidos del cuerpo humano, expulsando el CO_2 que se ha generado durante el metabolismo celular al exterior.

Las vías aéreas funcionan como un circuito del aire: las fosas nasales se encargan de humedecer y calentar el aire inspirado del exterior, a continuación la faringe hace de paso y comunicación hasta la laringe, donde se produce la voz, allí se estrechan las vías aéreas y por ello a veces hay obstrucciones en la vía respiratoria al atravesarse cuerpos extraños. Después se encuentra la tráquea y los bronquios, un tubo que se encarga del transporte del aire desde la laringe hacia los pulmones. La tráquea es la primera parte, más abajo se bifurca y ramifica en tubos cada vez más estrechos. Los primeros son los bronquios principales, que se van dividiendo

después en los bronquiolos, que se ramifican también en pequeños conductos acabados en los sacos alveolares, que están formados por los alvéolos, que es dónde se produce el intercambio de gases. En los pulmones se intercambia en la sangre el oxígeno por el CO_2, lo que se conoce como el proceso de respiración.

2 Objetivos

Conocer algunas cuestiones básicas relacionadas con los primeros auxilios para personal sanitario y no sanitario acerca de las situaciones de riesgo vital que comprometen al aparato respiratorio, para actuar de forma adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El aparato respiratorio es el encargado del proceso de la respiración, proceso que se realiza de forma involuntaria y automática con el objetivo, como hemos visto, de obtener la cantidad de oxígeno necesaria para que el organismo pueda sobrevivir, transportándolo a través de la sangre para su intercambio en las células por el CO_2, que se expulsa hacia el exterior del organismo a través de las vías respiratorias.
Todas las células del organismo precisan de oxígeno para realizar sus funciones vitales.

Para el individuo pueden ocurrir algunas situaciones que pueden suponer un riesgo vital cuando afectan al aparato respiratorio, que son:
Obstrucciones de la vía aérea por un cuerpo extraño o por un edema laríngeo, embolias pulmonares, broncoespasmo a causa de un shock anafiláctico y neumotórax.

Todas estas situaciones se consideran una emergencia médica, por lo que la intervención de los servicios sanitarios resulta esencial y debe ser rápida.

La dificultad respiratoria tiene diversas causas:
Enfermedades o infecciones como la neumonía, la bronquitis aguda o crónica, tos convulsiva, patologías cardiacas, derrame pericárdico, enfisema pulmonar, asma, atragantamiento, lesiones pulmonares, cáncer de pulmón, lesiones en el cuello o en el tórax, exposición a grandes alturas, consumo de tabaco, reacciones alérgicas…

En caso de notar alguno de estos síntomas y de reconocer que un individuo está teniendo problemas respiratorios, se seguirá el protocolo PAS, avisando a los servicios de emergencia de forma rápida y tranquilizando al individuo si está consciente.

Los síntomas para la detección de una dificultad respiratoria son: Sibilancia, forzar los músculos respiratorios, sonidos estridentes, gorgoteo, coloración azulada en extremidades, tos, fiebre, flemas, esputo, dolor en el tórax, movimientos respiratorios torácicos no habituales, mareos, debilidad, somnolencia, delirios y síntomas de confusión, desmayos, dificultades para hablar y para respirar, falta de aliento etc.

Como tratamientos puede ser necesario la administración o terapia con oxígeno, el uso de nebulizadores, máquinas de respiración asistida (respiradores) y en casos más extremos la intubación del paciente y la traqueotomía para garantizar la administración oxígeno.

5 Discusión-Conclusión

La respiración es uno de los procesos básicos dentro de nuestro cuerpo humano, necesario para la supervivencia del organismo, ya que todas las células del mismo necesitan oxígeno para poder realizar cada una de sus funciones.

Si el sistema respiratorio se encuentra comprometido, esto puede tener por tanto graves consecuencias para el individuo.
Existen diferentes causas y situaciones que pueden suponer un riesgo vital y que deben ser considerados una emergencia médica.

Hemos podido conocer también los principales síntomas asociados a problemas respiratorios para poder identificar más rápidamente esta situación, como:

sibilancia, coloración azulada o palidez, tos, fiebre, dolor en el tórax, mareos, movimientos inusuales en la caja torácica, etc.

6 Bibliografía

1- https://sede.educacion.gob.es
› ...PDF
Atención sanitaria inicial en situaciones de emergencia

2- https://www.insst.es
› Capítul...PDF
Capítulo 10. Aparato respiratorio - INSST

3- https://www.sintesis.com
› dataPDF
Atención sanitaria inicial en situaciones de emergencia - Editorial Síntesis

4- https://www.aeped.es
› filesPDF
Fracaso respiratorio agudo y crónico. Oxigenoterapia

5- https://www.juntadeandalucia.es
› tdci
Técnicas de soporte vital básico. Fases e instrumentación - Junta de Andalucia

Capítulo 363

HER2 EN EL CANCER DE MAMA

PILAR MARIA RODERO RONCERO

SONIA LEÓN HERRAEZ

IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR

1 Introducción

Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano es lo que significan las siglas de HER2 en inglés. Este gen produce una proteína que se encuentra en la superficie de todas las células de los senos e interviene de forma normal en crecimiento de las células.
En el cáncer de mama, especialmente, el gen HER2 muta y produce copias adicionales de dicho gen. Cuando esto ocurre, se produce demasiada proteína HER" y hace que las células se dividan y crezcan muy deprisa. Cuando los niveles de proteínas HER2 son altos se conocen como cáncer HER2 positivos, suelen ser el 20% del cáncer de mama. Este tipo de cáncer tiende a crecer y extenderse rápidamente, pero también los tratamientos que se les da, son tratamientos dirigidos específicamente al cáncer de mama HER2 positivo y son muy eficaces. Al contrario cuando los niveles del HER2 son bajos se consideran cáncer HER2 negativos.
Se selecciona una muestra de tejido tumoral para analizarla con las pruebas de HER2 y ver su tiene cáncer de mama HER2 positivo.
El Herceptest es un ensayo que determina la sobreexpresión de la proteína HER2 en tejidos mamarios cancerosos. Esta técnica se realiza en tejidos fijados en formol e incluidos en parafina. Esta técnica está indicada para la evaluación de los pacientes en los que se considera un tratamiento con trastuzumab.

2 Objetivos

Conocer la técnica utilizada para el diagnóstico del HER2 se usan para comprobar si el cáncer es HER2 positivo, para ver si está respondiendo bien al tratamiento que se le está dando al paciente o para averiguar se ha reaparecido o no después del tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se realiza en tejidos fijados en formol e incluidos en parafina.
Se recomienda el empleo de kits diagnósticos certificados por FDA y/o agencia europea, con la previa validación en el laboratorio donde se va a utilizar.
El Técnico en Anatomía Patológica que realiza esta técnica deberá seguir estrictamente las instrucciones del fabricante, si introducir ninguna modificación. Normalmente a ser tejido incluido en parafina se debe desparafinar y rehidratar antes de empezar la tinción.
Para un correcto diagnóstico se necesita:
- El caso problema (muestra del paciente).
- Tejido de control positivo (debe ser procedentes de tejidos de autopsias, biopsias o piezas quirúrgicas que estén fijados, procesados e incluidos como la muestra del paciente, también deben mostrar una tinción positiva débil para que puedan detectar cambios leves en la sensibilidad del anticuerpo primario).
- Tejido de control negativo (se utiliza un tejido que hay demostrado ser negativo para la proteína HER2 y este fijado, procesado e incluido igual que la muestra de paciente).
- Portaobjetos de control (suministrado por la casa comercial).

El patólogo es el encargado de la interpretación de los resultados.
El patólogo deberá ver primero los controles que se han realizado para poder dar el visto bueno de la tinción. Una vez que los controles de calidad (control positivo, control negativo y portaobjeto de control) son valorados correctamente se

procederá a la estudio del caso problema (muestra del paciente). La evaluación deberá hacerse solamente en el componente infiltrante y se valorará exclusivamente la tinción de membrana.
Tipos de resultados:
- Resultado negativo (0/1+): cuando haya ausencia de tinción de membrana o una tinción en menos de un 10% de las células (0), si la tinción fuese débil e incompleta en más de un 10% de las células (1+).
- Resultado positivo (3+): se considera cuando exista tinción de membrana completa e intensa en más del 30% de las células.
- Resultado boderline (2+): cuando hay tinción completa de membrana, débil o moderada en más del 10% de las células o tinción completa en el 10%-30% de las células. Aunque no figura en las guías internacionales, es recomendable en estos casos, realizar un estudio adicional mediante hibridación in situ.
El informe final deberá de constar de:
- Identificación del paciente.
- Medico solicitante.
- Fecha de la petición.
- Identificación de la muestra (número del caso y el bloque utilizado).
- Tipo de muestra y su procedencia anatómica.
- Método de evaluación.
- Método utilizado (proveedor, especificar se esta aprobado por la agencia reguladora o por FDA).
- Idoneidad de la muestra (adecuada o inadecuada para el diagnóstico).
- Interpretación de los resultados.
• Positivo (3+)
• Negativo (0/1+)
• Borderline (2+)
• No interpretable
- Firma del patólogo responsable
Si se diese el caso, es de interés incluir en el informe una nota donde se indique que el laboratorio participa en programa de calidad externos (SEAP, NordicQC, UK NEQAS…)

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento del cáncer de mama HER2 positivo suelen reducir los tumores cancerosos con pocos efectos secundarios. Es verdad que este tipo de cáncer tiende a extenderse y a crecer muy rápidamente, pero hay que destacar que también

los tratamientos son dirigidos específicamente al este tipo de cáncer y son muy eficaces.
Este tipo de cáncer tiende a crecer y extenderse rápidamente, pero también los tratamientos que se les da, son tratamientos dirigidos específicamente al cáncer de mama HER2 positivo y son muy eficaces.
Si los resultados son un 2+ (boderline), seguramente se le repetirá la técnica usando otra muestra de tumor diferente al utilizado en la primera u otro tipo de prueba. Primero se realiza la técnica de la proteína HER2 y si volviese a dar como resultado otra vez 2+, se haría la técnica del FISH donde se estudian las copias adicionales del gen. La inmunohistoquímica del HER2 es menos costosa y da los resultados antes que el FISH. Aunque hay que decir que muchos especialistas creen que la prueba del FISH es mucho más precisa.

6 Bibliografía

1. Prueba de cáncer de seno HER2 https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-cancer-de-seno-her2/
2. Dako HercepTest for Dako Autostainer https://www.agilent.com/cs/library/packageinsert/public/129269001.PDF
3. Terapia dirigida para el cáncer de seno. https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/terapia-dirigida-para-el-cancer-de-seno.html
4. Recomendación para la determinación de HER2 en cáncer de mama. Consenso nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) https://www.seap.es/documents/10157/287128/HER2_mama.pdf

Capítulo 364

CIRUGÍA DE MOHS

PILAR MARIA RODERO RONCERO

SONIA LEÓN HERRAEZ

IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR

1 Introducción

La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que consiste en la extirpación en capas de tumores cutáneos.
En 1932, el cirujano Frederic E. Mohs de origen estadounidense, descubrió que al realizar cortes horizontales le permitían observar todo el lecho quirúrgico a la vez que, elaboraba un mapa donde podía registrar el lugar del que provenía cada una las muestras, de este modo podía volver intervenir solo las zonas afectadas por el tumor. En los años 60 se empezó hacer los cortes en congelación, usando el criostato.
La cirugía micrográfica del Mohs hoy en día ocupa un lugar relevante en el tratamiento del cáncer de piel. Un 30% de las neoplasias cutáneas que no son melanomas son extirpadas con esta técnica. Es un método eficaz, también obtiene los porcentajes más elevados de curación de todos los métodos que hay para eliminar el tumor. Además de ser una técnica que extirpa el tumor completamente, tiene la ventaja de no precisar márgenes de seguridad a ciegas, por lo que al final se ahorra tejido sano en su extirpación y por lo tanto el paciente posee la gran ventaja de obtener mejores posibilidades de reconstrucción postquirúrgicas.
En nuestro país es cada vez más frecuente que los dermatólogos demanden más esta técnica e incidan en los Servicios de Anatomía Patológica para incorporar esta técnica a nuestra rutina.

2 Objetivos

Conocer la Cirugía de Mohs y sus procesos para llevarla a cabo.

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

Esta técnica comienza en el quirófano, donde se extirpara el tumor, minimizando el daño y preservando la mayor parte del tejido sano. Es una cirugía ambulatoria. Los procesos a seguir en la microcirugía del Mohs son:
1. Iconografía y mapeo de la lesión que hay que extirpar.
2. Se procede a extirpar el tumor.
3. Mapeo y corte en bloques de la pieza extirpada.
4. Pintar los bordes de colores de los bloques extirpados.
5. Fijación y sección de la muestra en el criostato.
6. Tinción y montaje de los cortes obtenidos en el criostato.
7. Estudio al microscopio de las muestras.
8. Finalización de la cirugía.

La intervención quirúrgica terminará cuando el patólogo haya visto todas las muestras al microscopio óptico y no encuentre bordes afectados con células tumorales en ninguna de las muestras. Es en ese momento cuando llamara al cirujano para comunicarle que puede finalizar la cirugía. Si se diese el caso que alguno de los bordes o todos los bordes sigan estando afectados por células tumorales, se procederá a seguir extirpando tejido y se repetirán todos los pasos citados anteriormente hasta que los bordes queden limpios de células tumorales.

La cirugía micrográfica de Mohs tiene una tasa de curación en los carcinomas basocelulares de un 99% de los tumores primarios y en los tumores recidivantes en un 95%. Hay que tener en cuenta también que con esta técnica se extirpa el menor tejido sano posible, por lo que las reconstrucciones son mucho más beneficiosas para el paciente, dado que este tipo de tumor se da normalmente en

zonas de alto riesgo o difíciles de tratar, como puede ser la cara donde los tumores son más agresivos (zonas paranasales, regiones preauriculares y retroauriculares, nariz, zonas frontotemporales, etc.), también se utilizan en los carcinomas basocelulares de más de 2 cm de tamaño o tumores de carácter infiltrante y recidivantes con la cirugía convencional. Una de los inconvenientes de esta técnica, es que tiene un elevado coste de tiempo, de personal y de logística. Este tipo de cirugía suele durar de 2 a 7 horas, durante este tiempo no se podrá cerrar la herida hasta que no se confirme que el tumor está totalmente extirpado, por lo que se genera en el paciente una situación de estrés al tener que estar tanto tiempo en el quirófano a la espera de los resultados, ya que el paciente está consciente durante toda la intervención, debido a que como anteriormente hemos dicho es una cirugía ambulante.
No obstante, las desventajas que supone la cirugía de Mohs son asumidas tanto por el equipo de profesionales que llevan a cabo esta técnica como por el paciente, al conocer la tasa tan elevada de curación que tiene, la posibilidad de minimizar el daño estético al quitar el menor tejido sano, lo que evitara también problemas de autoestima en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La Cirugía micrográfica de Mohs es una técnica que minimiza el tejido sano extirpado mejorando de esta manera las posibilidades de una reconstrucción. También los resultados obtenidos al realizar esta técnica en carcinomas basocelulares tiene una alta tasa de curación tanto en tumores primarios como en los tumores recidivantes. Aunque hay que destacar que para que cirugía tenga éxito es muy importante que haya una buena sincronización entre todos los profesionales que van a llevar a cabo dicha técnica, en este caso entre el Servicio de Dermatología y el Servicio de Anatomía Patológica. Cuando el cirujano llega con la muestra al Servicio de Anatomía Patológica, se le da absoluta prioridad a la muestra.

6 Bibliografía

1. Cirugía micrográfica de Mohs en tejido fresco
Dialnet-CirugiaMicrograficaDeMohsEnTejidoFresco-4612085.pdf
2. El papel del patólogo en la cirugía de Mohs. http://www.seapcongresos.com/2005/Cursos/Curso_Largo_Dermatopatolog/Cirugia_Mohs.PDF

Capítulo 365

AVANCES EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

ALBA GRUESO PEREZ

FÁTIMA MORO PULIDO

GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN

1 Introducción

El descubrimiento de los rayos x en 1895 por Röntgen, abre paso a una gran contribución en la medicina. La radiología, en la actualidad se ocupa de las intervenciones menos invasivas que utilizan rayos X como método de guiado por imagen. Los primeros procedimientos de radiología intervencionista comenzaron a utilizarse en la década de los 70. Al ser técnicas poco invasivas, generan muchos beneficios a los pacientes. Por y gracias a ello se elimina la necesidad de anestesia total en muchos casos y la estancia en el hospital, reduciéndose de manera significativa el riesgo de infecciones nosocomiales.

Gran parte de los procedimientos de radiología intervencionista se llevan a cabo introduciendo pequeños instrumentos en vasos sanguíneos haciéndolos llegar hasta el área afectada, estos instrumentos tienen un sinfín de funciones dependiendo de la afectación. Pueden servir para eliminar o disolver un coágulo, dilatar una vena obstruida mediante un stent entre otros muchos. Así como para la administración de la quimioterapia y más reciente la radioterapia. En las especialidades de neurología y cardiología estas intervenciones han supuesto grandes avances en el tratamiento de enfermedades vasculares.

La sociedad española de radiología médica (SERAM) destaca su papel en oncología. Estas técnicas han supuesto un gran avance en el tratamiento del cáncer y otros tumores, desde la colocación de dispositivos para la administración de la quimioterapia hasta el tratamiento del tumor y cáncer. La radiología intervencionista está en desarrollo, continúo jugando un papel muy importante en la actualidad médica.

2 Objetivos

Exponer que papel desempeñan las prácticas intervencionistas en el campo de la medicina.

Exponer las técnicas más extendidas y en que patologías se aplican, así como sus avances.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad, las técnicas intervencionistas guiadas por imagen han desarrollado un papel básico tanto en el plano diagnóstico como de tratamiento.
La radiología intervencionista se utiliza para corregir múltiples patologías en muchas partes del cuerpo gracias al uso de imágenes. La radiología intervencionista puede operaren las siguientes regiones: (2)
Sistema nervioso central (SNC).
Tórax.
Abdomen.
Sistema musculoesquelético.
Sistema circulatorio.
Sistema urogenital.
Estos procedimientos se realizan normalmente mediante sedación, sin necesidad de recurrir a la anestesia general, sin incisiones y con mínimas estancias en el

hospital y postoperatorio sencillo, lo que hace que la recuperación del paciente sea mucho mejor.
La radiología intervencionista se utiliza tanto para diagnosticar como para tratar el cáncer, ya que el área oncológica es una de las principales protagonistas en este tipo de intervencionismo.
Con ayuda de una guía, en los vasos sanguíneos o en algunas venas, se introducen catéteres para dirigirlos a la zona a tratar mediante el uso de imágenes, mediante la obtención de rayos X y se logra guiar un catéter o aguja hasta la zona afectada y desde ahí iniciar el tratamiento deseado.
Una de las mayores ventajas que se obtiene con esta técnica, es la reproducibilidad del procedimiento y su disponibilidad en las urgencias, ya que permiten el tratamiento de sangrados y hemorragias donde no es posible llegar con cirugía, o suponen cirugías de alto riesgo.
En el caso de la oncología permite la aplicación de distintos tratamientos, curativos, paliativos y mínimamente invasivos. Esta especialidad ha supuesto un gran avance a la hora de tratar diferentes tipos de cáncer como puede ser:
Ablación tumoral: consiste en llegar al tumor para su tratamiento directo, guiado por imágenes, estas imágenes van a permitir colocar en el tumor unas agujas con el objetivo de destruirlo o al menos reducirlo.
Embolización tumoral: oclusión de un vaso sanguíneo.
Quimioembolización o radioembolización.

5 Discusión-Conclusión

La radiología intervencionista está en continuo desarrollo, ya que supone un gran avance en el diagnóstico y tratamiento en situaciones de emergencia, así como en el área de la oncología y en patologías vasculares.
Se singulariza por la gran variedad de intervenciones que realiza. Por otro lado, es importante el conocimiento médico y entrenamiento de la especialidad, la tecnología adecuada y el abordaje multidisciplinario e integral del paciente, ya que es importante evaluar otras posibles patologías y disfunciones que puedan limitar la aplicación de estas técnicas.
Hoy por hoy no se entiende la medicina sin el gran papel que juega la radiología intervencionista en ella.

6 Bibliografía

1. Seram P. Menores complicaciones y recuperaciones más rápidas con las nuevas técnicas radiológicas mínimamente invasivas [Internet]. SERAM. 2022 [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://seram.es/menores-complicaciones-y-recuperaciones-mas-rapidas-con-las-nuevas-tecnicas-radiologicas-minimamente-invasivas/
2. Radiología intervencionista [Internet]. Top Doctors. [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/radiologia-intervencionista
3. La Radiología Intervencionista, la gran aliada contra el cáncer [Internet]. Redacción Médica. 2021 [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/radiologia/la-radiologia-intervencionista-la-gran-aliada-contra-el-cancer--4435
4. Radiología intervencionista [Internet]. Iaea.org. 2018 [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.iaea.org/es/temas/radiologia-intervencionista
5. Báez M. Radiología intervencionista para tratamientos oncológicos menos agresivos [Internet]. 65 y más. 2019 [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.65ymas.com/salud/avances/radiologia-intervencionista-tratamientos-oncologicos_6456_102.html

Capítulo 366

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL TECNICO DE RADIODIAGNOSTICO ANTE UN CASO DE ICTUS CARDIOEMBOLICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

NEREA ALVAREZ PICOS

SILVIA DEL CAMPO ÁLVAREZ

1 Introducción

Ictus cardioembólico: Es el que se produce cuando se hace un trombo en el corazón, y por esta causa se presenta una oclusión de una arteria cerebral. El ictus se puede producir por un trombo ocasionado en una arteria cerebral o bien en cualquier otra arteria y que vaya hasta el cerebro, también pueden formarse en vasos más pequeños, lo que produce pequeños infartos cerebrales, en nuestro caso, el trombo se produce en el corazón. Se podría prevenir o bajar las posibilidades de que le de al paciente, controlando la presión arterial, que esté en sus valores normales, y no tenga hipertensión, reducir la ingesta del colesterol y grasas saturas, llevar una dieta lo más saludable posible para que no se acumule el colesterol en las arterias. No fumar y controlar la diabetes, para mantenerla también en valores normales la glucosa en sangre. El ictus es una falta de sangre en el cerebro, y actualmente en España al año lo sufren 120000, y según los estudios

de la Sociedad Española de Neurología (SEN), se prevé que para 2035 aumente un 35 %. Los síntomas más habituales son, perdida de fuerza en la mitad del cuerpo, dificultad para hablar, hormigueo en la mitad del cuerpo, pérdida de visión en un ojo, aunque después lo veremos más detallados. Cuando entra un paciente por la puerta de urgencias con signos claros de que pueda ser un Ictus cardioembólico, se interpreta que se trata de un paciente en situación de emergencia, pasando a ser el objetivo principal de los profesionales de urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

Conocer cuál es el papel del técnico de radiodiagnóstico y como debe actuar ante un ictus cardioembólico.
Definir que es un ictus cardioembólico.

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 morbimortalidad del ictus, es mayor en el motivo cardioembólico, la causa principal es la fibrilación auricular (FA), arritmia que se caracteriza en la población de mayor edad y en las mujeres, estas, están situadas como grupo de riesgo. Se hace un estudio observacional, descriptivo, donde pacientes ingresados con este diagnóstico, muestra 210 pacientes, se estudia el sexo, edad, FA conocida, supervivencia, factores de riesgo y se llega a la conclusión de que la edad media es de 77.38 % y un 59 % en mujeres. También se estudia la FA desconocida y nos da datos como que se da en el 36.3 % en mujeres y el 36% en hombres, también se llegó a la conclusión de que la sobremortalidad en mujeres es un 11.3%, mientras que en hombres es un 7 %. La causa más frecuente fue la hipertensión arterial (HTA) con unos resultados de un 79 % en la mujer y un 73.3 % en el hombre. Los síntomas empiezan a aparecer unos 10 segundos después de que el paciente sufra el ictus, y entre ellos se podrían identificar como:

- Se pierde sensibilidad en uno de los lados de la cara, lo que hace que no se pueda sonreír, ya que una de las dos partes de la boca no se va a poder mover. Con este síntoma también se notará sensación de hormigueo en la cara, y en el lado del cuerpo, donde haya afectado el accidente cerebrovascular (ACV).
- Pueden aparecer otros síntomas, pero que son más difíciles de detectar y se pueden confundir con otro tipo de patologías, como la migraña, conocer los síntomas es como se puede actuar más rápidamente. - Otro síntoma es que a la persona que le pasa esta patología pierda la visión de uno de los ojos o incluso de los dos ojos por un momento, o puede que vea borroso. Si se notara este síntoma hay que ir a urgencias inmediatamente, ya sea un ACV, o cualquier otra patología.
- Al no recibir sangre ni oxígeno, el cerebro puede quejarse con la aparición de una cefalea intensa sin ninguna causa aparente. Hay que pedir ayuda si el dolor es muy intenso, se tiene dificultad para mover una parte del cuerpo, náuseas, vómitos o somnolencia.
- Es habitual que, cuando se sufre un accidente cerebrovascular, el afectado se desequilibre con facilidad o tenga dificultades para caminar, al perder la fuerza de uno de los dos lados del cuerpo.
- El ictus también puede provocar que otros sentidos como el olfato, el gusto o el oído queden temporalmente afectados. En el caso del tacto, puede sentirse un cierto hormigueo. - Una pérdida repentina de memoria también debe ponerte en guardia. Este tipo de amnesia no tiene nada que ver con las pérdidas de memoria que se producen con la edad, sino que generalmente irá acompañada de una sensación general de gran confusión mental.
- Al producirse el ictus, empieza una dificultad para coordinar movimientos, puede que cueste mantenerse erguido, no mantener el equilibro, tener sensación de maro o no poder andar bien.
- El paciente también va a sentir falta de fuerza en un brazo y una pierna, y mucha debilidad. Lo normal va a ser que se produzca en el mismo parte del cuerpo. También se puede ver acompañado de entumecimiento, hormigueo y menos sensibilidad. Esto puede que ocurra también a la cara, y esta se sienta como acartonada, este síntoma no hay que confundirlo como cuando se nos duerme un brazo o una pierna cuando nos ponemos en una mala postura.
- Cuando esto pase, y seas tú el acompañante, se pone cómodo el paciente, se le afloja la ropa y se le deja un espacio alrededor para que respire bien, se podría tumbar de lago por si vomita, que no desencadene un ahogamiento. Y lo primero de todo es llamar al 112. Mientras viene la ambulancia, aunque lo pida el paciente, no se le dará nada ni de comer ni de beber.

- Cuando se llama al 112 y se indican todos esos síntomas, puede que el personal que nos coja el teléfono, reconozca los síntomas y active el protocolo código ictus, así de esta manera la ambulancia te llevara en vez de a urgencias generales, a una unidad de ictus, con profesionales a su cargo que están muy entrenados para este tipo de patología. Cuando el paciente está en el servicio de urgencias hospitalarias ya entra el papel del técnico en radiodiagnóstico, ya que cuando el facultativo tiene sospechas de ictus, manda para que le realicen una tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética y una la ecografía-doppler carotídea o transcraneal. El TAC se le hace para determinar qué tipo de ictus es, si es isquémico o hemorrágico, si se realiza con contraste sería más preciso. Al saber que es un ictus cardioembólico, se le puede mandar que le hagan un Agio TC o Angio-resonancia magnética, o Arteriografía cerebral (este estudio se realiza mediante cateterismo) y un estudio cardiológico.
Al realizarle la resonancia magnética se puede definir mejor algunos territorios cerebrales afectados para poder programar después un tratamiento intervencionista, como por ejemplo si le tienen que colocar un stent.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es que es determinante conocer muy bien los síntomas de un ictus, para poder actuar en el mínimo tiempo posible, si hay sospechas de ictus lo mejor es llamar al 112 rápidamente, para que llegue cuanto antes a las urgencias hospitalarias, y si en ese hospital tienen unidad de ictus seria donde mejor lo podrían atender. Las pruebas de radiología son importantes, para ponerle ”apellido” a ese ictus, y de esa manera saber cómo actuar en cada caso, ya que habrá casos en los que la solución más rápida es una intervención para poner Stent donde se haya producido el problema.

6 Bibliografía

1. http://www.neurowikia.es/content/ictus-cardioemb%C3%B3lico#::text=Un%20ictus%20cardioemb%C3%B3lico%20es%20el,pero%20su%20manejo%20es%20distinto.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200008.
3. https://www.webconsultas.com/ictus/ictus-582/diagnostico-de-un-ictus#::text=Las%20pruebas%20de%20imagen%20que,un%20ictus%20isqu%C3%A9mico%20o%20hemorr%C3%A1gico.

4. http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_88/pdf/582_592.pdf.
5.https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus.

Capítulo 367

NEUROMA DE MORTON POR RESONANCIA MAGNETICA Y EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO

MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

ANDREA ROMERO PARADA

ISABEL ROMERO RODRIGUEZ

CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO

BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE

1 Introducción

Para realizar un diagnóstico preciso se precisan pruebas de imagen diagnóstica muy útil para confirmar la tumefacción y descartar otro tipo de diagnósticos. Suele presentarse con mayor frecuencia entre las mujeres de 25 a 50 años, se asocia a la excesiva flexión de los dedos con calzado estrecho y de tacón que facilita la compresión de ese tipo de nervio. Suele presentarse como una patología en uno de los nervios de los metatarsianos, normalmente a nivel del metatarso.
El neuroma de Morton o neuralgia de Morton o neuroma plantar, se trata de un síndrome compartimental debiéndose a la compresión de esa parte del pie, es una patología bastante frecuente que suele dar problemas a la hora de su diagnóstico

y produce una gran invalidez en el paciente, ya que se le dificulta la marcha y su vida habitual. El paciente sufre un intenso dolor entre el segundo y tercer, o tercero y cuarto dedo al apoyar el pie.
La metatarsalgia se caracteriza por un dolor descrito como calambres por debajo de los metatarsos cuando articulan con las falanges. En algunos casos tras la detección se procede al tratamiento conservador que resulta ser eficaz si es de aparición reciente. Se suelen poner plantillas, infiltraciones con corticoides o las radiofrecuencias.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizar los métodos de imagen como la ecografía y la resonancia magnética, como los métodos destacados para obtener un diagnóstico del neuroma de Morton.

3 Metodología

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

4 Resultados

La resonancia es un método adecuado para la evaluación de tumoraciones en las partes blandas. Muestra una gran resolución que permite clasificar el tumor si lo hubiera y su afectación neurovascular. Las secuencias utilizadas para detectar un neuroma de Morton son T1 en plano sagital, coronal y axial con contraste de gadolinio en T1, así como un axial STIR. Es el mejor método para la localización y tamaño de la patología, ya que nos permite diferenciar la limitación de la misma con la precisión, permitiendo dar un diagnóstico más certero para su posterior tratamiento clínico. Si el estudio se realiza en un periodo poco iniciado de la lesión, evitará en la mayoría de ocasiones que el paciente pase por quirófano. Es común por un una mala mecánica en la fase de despegue al caminar que consiste en elevarse sobre los dedos.
El neuroma de Morton es identificable por la ecografía, en ella se localiza el neuroma de Morton como una lesión hipoecoica con el ultrasonido de alta frecuencia.

Se puede abordar la lesión desde la planta o desde el dorso del pie. Se realiza una compresión plantar para explorar el dorso del pie. Se realizan así los mismos planos transversales y longitudinales del pie. El neuroma se diferencia de la bursitis intermetatarsial por el eco Doppler que demuestra que el neuroma no tiene aumento de la vascularización.
La resonancia magnética, el mejor método para detectar la tanto localización como el tamaño, así como la vascularización del tumor que nos permite descartar otras patologías con sintomatología similar como son las metatarsalgias mecánicas por sobrecarga producidas por la sobrecarga de los metatarsianos en concreto del segundo al quinto y donde se suele apreciar la presencia de hiperqueratosis plantar o callosidades. Esto produce una presión excesiva sobre la cabeza de los metatarsianos y produce dolor e inflamación.

5 Discusión-Conclusión

La detección del neuroma de Morton o neuroma interdigital se puede realizar tanto con la ecografía mediante técnica de ultrasonidos como con la resonancia magnética nuclear, siendo la ecografía un método más barato y más rápido que la resonancia, pero con menos garantías diagnósticas. La resonancia magnética en cambio es el método más recomendado y de preferencia para los cirujanos de ortopedia, ya que les suele dar más información, al definir más exactamente la localización de la lesión, determina con exactitud el tamaño del tumor y su vascularización gracias a la aplicación para su realización de contraste intravenoso antes de proceder a su eliminación o conservación.

6 Bibliografía

Barousse, R. (2012). Signo de Mulder ecográfico. Revista argentina de radiología, 76(1), 71-72.

Capítulo 368

EL DIAGNÓSTICO DEL ICTUS MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA Y EL TÉCNICO DE RAYOS

MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO

BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE

ANDREA ROMERO PARADA

ISABEL ROMERO RODRIGUEZ

1 Introducción

En la mayoría de los centros hospitalarios se ha implantado un protocolo "Código Ictus" para un diagnóstico precoz de los accidentes cerebrovasculares tanto de origen hemorrágico como isquémico, este código se pone en marcha para el diagnóstico y tratamiento rápido para disminuir la morbimortalidad y también una buena recuperación de los postinfarto de un Ictus.
Es muy importante diagnosticarlo lo antes posible para la realización, diagnóstico y tratamiento, desde los primeros síntomas y posterior entrada en urgencia se debe intentar que pase el menor tiempo.

La utilización del TC es la mejor elección debido a su rapidez y la información para los hallazgos hemorrágico o isquémico, para un tratamiento de elección correcto.
Se conoce un Ictus como un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral transitorio o permanente. El Ictus isquémico o hemorrágico constituye una de las principales emergencias sanitaria con una elevada morbimortalidad a nivel mundial. Los avances en el tratamiento del ictus han contribuido al desarrollo de las técnicas de imagen diagnósticas. La tomografía computarizada multimodal es una técnica accesible, eficaz y sobre todo rápida para la evaluación y diagnóstico precoz del ictus. Es muy útil para tomar de decisiones terapéuticas, ya que permite la selección de los pacientes que se beneficiarán del tratamiento trombolítico.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es ver el diagnóstico de los pacientes que llegan a urgencias con algún síntoma compatible con un Ictus y realizarlo en el menor tiempo posible para recibir un tratamiento adecuado.

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 principales técnicas para el diagnóstico del ictus son:
- TC basal sin contraste:
Realizamos una adquisición helicoidal de todo el cráneo sin civ.
El TC craneal basal permite saber si el ictus es hemorrágico o isquémico. También a discernir si es Ictus de otras lesiones que se parecen a cuadros ictales o detectar infartos precoces por signos en las imágenes. Los signos precoces de isquemia son secundarios a la hipoperfusión cerebral que condiciona edema citotóxico, que se traduce como hipo atenuación parenquimatosa y la pérdida de diferenciación corticosubcortical.

Uno de los signos más comunes y precoces de isquemia se suelen darse en la arteria cerebral media, con hipodensidad del parénquima cerebral, ganglios basales. Tenemos dos signos que es importante destacar:
Signo de la cuerda: por la presencia de trombo o émbolo, que es hipertenso, es muy poco específico y poco sensible.
Signo del ribete insular: pérdida de la diferenciación entre cápsula externa y corteza insular.
-Tomografía multimodal: se utiliza para un diagnóstico precoz y una buena lección del tratamiento.
- TC de perfusión: Realizamos 8 cortes en el área a estudiar y consta de dos secuencias, la primera es antes de que llegue el contraste, la segunda hace adquisiciones intermitentes cuya duración es alrededor de 1 minuto mientras el contraste está circulando. Si sospechamos isquemia en circulación posterior tendremos que centrar en fosa posterior y lóbulos occipitales.
A la hora de procesar el estudio de perfusión para obtener los mapas tendremos que seleccionar un vaso arterial y otro venoso, se generara una curva tiempo-atenuación mostrando una curva venosa más alta retrasada. El TC perfusión es bueno para poder discernir las áreas de penumbra y de infarto.
- Angio-TC: Realizaremos unos troncos supra aórticos y arterias cerebrales, deberemos coger desde cayado aórtico hasta la calota del cerebro, pondremos un ROI en el cayado aórtico, administraremos contraste y suero a una velocidad de 5 ml/s con unas cantidades de 50 ml y 45 ml respectivamente.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante tener un equipo multidisciplinar, experimentado y bien coordinado para un diagnóstico rápido y eficaz.
Es muy importante diagnosticarlo lo antes posible para la realización, diagnóstico y tratamiento, desde los primeros síntomas y posterior entrada en urgencia se debe intentar que pase el menor tiempo.
Las pruebas radiológicas son una herramienta fundamental para el diagnóstico y el manejo de los pacientes que pueden estar sufriendo un ictus o lo han sufrido ya, sabiendo que el tiempo en estas situaciones es necesario ser rápidos y precisos.
La utilización del TC es la mejor elección debido a su rapidez y la información para los hallazgos hemorrágico o isquémico, para un tratamiento de elección correcto.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Capítulo 369

EL QUIRÓFANO Y EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL RADIODIAGNÓSTICO

MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

ANDREA ROMERO PARADA

ISABEL ROMERO RODRIGUEZ

CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO

BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE

1 Introducción

Las personas que conforman el equipo de quirófano son: anestesista, cirujano, enfermería, celador, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el técnico en imagen para el radiodiagnóstico, siempre que sea necesario.
Un quirófano es una sala de hospital donde se opera a los pacientes y está habilitado con equipamiento para realizar procedimientos quirúrgicos de carácter traumatológico, vascular, neurológico, etc.
En el quirófano se pueden diferenciar dos zonas:
Zona no estéril: En esta área es donde se encuentra el resto de profesionales, incluido el técnico en imagen para el radiodiagnóstico y medicina nuclear. Antes de que pasen a quirófano deben de ir correctamente uniformados y utilizar gorro,

calzas y mascarillas. Tenemos que tener especial cuidado en no tocar nada del campo estéril, incluido a los propios compañeros.
Zona estéril: En esta área el personal que va a estar es el cirujano, el campo quirúrgico, el paciente, y todo el instrumental necesario para la intervención que van a realizar.
Debemos de tener especial cuidado con el campo estéril, para ello el rayo debe de ir correctamente protegido con una sábana estéril, para así evitar la contaminación directa. Cuando movamos el rayo para realizar las proyecciones, lo haremos con el máximo cuidado, ayudándonos de los profesionales, para que nos guíen y no dañar al paciente ni a los compañeros.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir las funciones del Técnico en Imagen para el Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear en el servicio de quirófano, además de saber el uso correcto del manejo del rayo en quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del 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

La figura del técnico en radiodiagnóstico y medicina nuclear en el quirófano es muy importante para que los médicos y los distintos profesionales puedan desarrollar su trabajo con mayor exactitud y un mejor diagnosticó y además la intervención tenga el mayor éxito posible, ya que el diagnóstico por imágenes ha demostrado una gran eficacia.
El papel del técnico superior en radiodiagnóstico y medicina nuclear en las instalaciones del quirófano se ocupa de reducir la radiación que es perjudicial para el paciente y proporciona sus conocimientos para conseguir una imagen óptima e irradiando al paciente lo mínimo.
El manejo del equipo de rayos X es fácil, este dispositivo está diseñado para que sea fácil de manejar, las imágenes que se pueden obtener son: lateral, AP, oblicuas,

y angulaciones caudales y las craneales. Este dispositivo cuenta con los siguientes componentes: arco en C, tubo de rayos X, Pantalla y el pulsador del rayo.
Algunas de las medidas de protección radiológica que se van a adoptar es cubrir el rayo con las sabanas estériles, ya que este tiene que introducirse en el campo, y así es una manera de prevenir la contaminación.
Los profesionales deben de estar protegidos con mandiles y chalecos plomados, protector de tiroides, gafas, etc.
Mientras se está realizando la imagen, las personas que hay alrededor, deben abandonar la sala, deberán de hacerlo y las que no mantendrán la máxima distancia posible.
Algunas de las medidas de protección radiológica que se van a adoptar es cubrir el rayo con las sabanas estériles, ya que este tiene que introducirse en el campo, y así es una manera de prevenir la contaminación.
A veces, la colocación de una prótesis de cadera o de rodilla también se verifica con radiografías de rutina utilizando equipos de radiología que son portátiles.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión sacamos cada vez se tiene más la presencia del técnico en radiodiagnóstico y medicina nuclear en el quirófano, lo cual requiere que este técnico tenga una buena formación y destreza en el manejo, ya que es fundamental para obtener las imágenes con buena calidad.
Por tanto debe tener una especialización en servicios médicos y también una especialización en investigación.
El papel del técnico superior en radiodiagnóstico y medicina nuclear en las instalaciones del quirófano se ocupa de reducir la radiación que es perjudicial para el paciente y proporciona sus conocimientos para conseguir una imagen óptima e irradiando al paciente lo mínimo.

6 Bibliografía

Manual para Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Editorial Panamericana https://es.wikipedia.org/wiki/Quir%C3%B3fan

Capítulo 370

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA A MICROTOMÍA

PATRICIA RAMOS MIRANDA

CRISTINA RAMIREZ ALONSO

BEATRIZ ESCUDERO TEJERA

JESUS ALARCON SERRANO

SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE

1 Introducción

Preparar una parte de alta calidad para el tejido patológico requiere habilidades y experiencia; Pero todos tenemos que comenzar de alguna manera. Este capítulo se ha preparado como un documento de capacitación para los principales Cypians para micro -Tissue y la preparación de piezas de parafina y es una actualización para los maxianos más experimentados. En los laboratorios histológicos, los micrótomos se usan más comúnmente para cortar materiales incluidos en parafina. Todos tienen componentes comunes: el filo, el portamuestras y el sistema mecánico que permite acercar a la hoja el bloque de parafina con la muestra en su interior, una distancia correspondiente al espesor de la sección que queremos tomar y fabricar. Podemos encontrar dos tipos de micrótomos de parafina, son de movimiento rotatorio y de deslizamiento. El micrótomo rotatorio realiza el corte convirtiendo el movimiento de rotación en un movimiento hacia arriba

y hacia abajo del portamuestras. A medida que baja por la cuchilla, el portamuestras se acerca a la cuchilla según el grosor de corte seleccionado. El portamuestras tiene un sistema mecánico para orientar la superficie de corte de la muestra en relación con el borde de corte. En estos micrótomos, la cuchilla permanece inmóvil mientras continúa el proceso de corte.

2 Objetivos

Describir el procedimiento a seguir de la microtomía y preparación de la sección en parafina de un laboratorio de Anatomía Patológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica acerca del material científico disponible. Realizando así una búsqueda en libros y artículos científicos de los principales bases de datos; Pubmed, Medline, seleccionando publicaciones procedentes de revisiones bibliográficas.

4 Resultados

Primero comienza colocando bloques que han estado en cera líquida durante la noche en un dispensador de cera caliente para mantener la cera líquida y mantener los bloques en buenas condiciones para el procesamiento. Luego, tome y abra el casete, retire su capa más delgada y se selecciona la forma según el tamaño de la pieza resultante. Luego llene el formulario con parafina líquida. Ponemos la pieza con la superficie decorada en el fondo del molde. Una vez fijada la muestra con parafina, se debe colocar la parte más gruesa del cartucho en la superficie y dejar enfriar sobre una placa grande junto con el resto de los bloques a realizar. Luego espera unos minutos para que el frío haga efecto. Se deben tener en cuenta los diferentes tejidos y su consistencia, ya que una parte importante de lo que se aprende en la práctica es apretar con diferentes intensidades según el tejido con el que se esté tratando. Para hacer una incisión, necesita conocer el microtomo. El micrótomo es un dispositivo en el que se realizan incisiones dentro del micrómetro de un bloque. Este dispositivo puede capturar secciones muy delgadas de material celular. Los cortes de micrótomo típicos suelen ser de 4 a 6 micras para corte y de 10 a 50 micras para desbaste. Sin embargo, esto depende del tipo de muestra y del microscopio bajo el cual se observen. Planeamos un Microm

para obtener la aspereza de 40 micras. Después de manejar el boceto, puede enfriarse durante unos minutos y se traduce de acuerdo con el tamaño del microtoma, esta vez programaremos en 4 micras y procederemos a moverse, eliminaremos las piezas del bloque. Finalmente, lo meten al horno durante aproximadamente 1 hora y luego lo tiñen.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, los laboratorios de Anatomía Patológica que se encuentran en los hospitales es muy importante la sección de microtomía dentro del mismo laboratorio, ya que es un paso muy importante para poder llegar a tener el diagnóstico de los tejidos histológicos de las muestras recibidas de los pacientes.
Es un trabajo mecánico que requiere de una gran destreza y un gran conocimiento químico y bicelular. El técnico debe estar en todo momento concentrado en lo que hace y no dejar ningún paso sin realizar.
Los micrótomos son un instrumento importante de la microscopía porque permiten la preparación de muestras para su observación y para la inclusión de muestras histológicas que han de observarse con el microscopio óptico se utiliza sobre todo la parafina.

6 Bibliografía

1.https://www.leicabiosystems.com/fileadmin/_migrated/content_uploads/Microtomy_booklet_spanish_online.pdf https://mmegias.webs.uvigo.es/6-tecnicas/4-mparafina.php.
2. https://laboratomiapatologica.wordpress.com/2016/05/30/paso-a-paso/.

Capítulo 371

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LAS MATRICES DE TEJIDO PARA OPTIMIZAR ANTICUERPOS

PATRICIA RAMOS MIRANDA

CRISTINA RAMIREZ ALONSO

BEATRIZ ESCUDERO TEJERA

JESUS ALARCON SERRANO

SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE

1 Introducción

La inmunohistoquímica es un estudio histopatológico que se basa en la utilización de un anticuerpo específico, previamente marcado mediante un enlace químico con una enzima que puede transformar un sustrato en visible, sin afectar la capacidad del anticuerpo para formar un complejo con el antígeno, aplicado a una muestra de tejido orgánico, correctamente fijada e incluida en parafina. El complejo antígeno - anticuerpo así formado, mediante la utilización de alguna de las técnicas específicas (peroxidasa, antiperoxidasa, fluoresceína, etc.), permite ser localizado e identificado dentro de las muestras tisulares o citológicas a estudiar, logrando la identificación de marcadores antigénicos característicos de distintas líneas de diferenciación y funcionalismo celular, con lo que se determina el tipo de célula involucrado en la muestra.

Las técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) permiten la identificación, sobre muestras tisulares o citológicas, de determinantes antigénicos característicos de distintas líneas de diferenciación y funcionalismo celular. En las últimas décadas, su utilización ha sido progresivamente creciente y se ha consolidado como tecnología esencial en el diagnóstico anatomopatológico de rutina. La aplicación de anticuerpos policlonales y monoclonales sobre secciones tisulares permite una correlación de las reacciones obtenidas con los parámetros morfológicos, aumentando la sensibilidad y especificidad del estudio y proporcionando información adicional esencial en muchos casos. Muchas de las neoplasias que se estudian en un laboratorio de Patología, requieren IHQ para establecer con certeza su histogénesis y clasificación.

Es importante conocer las posibles causas de falsos positivos y falsos negativos con los distintos anticuerpos y seguir una sistemática escrupulosa de controles negativos y positivos en cada proceso de laboratorio. Un aspecto esencial es la preservación del tejido desde el momento de su obtención. La inmensa mayoría de técnicas de IHQ pueden aplicarse a tejido fijado e incluido en parafina con buenos resultados, siempre que la fijación tisular, su procesado e inclusión se efectúen correctamente. La utilización de métodos o reactivos inapropiados en el tratamiento tisular previo a la IHQ, determina pérdidas de antigenicidad que limitaran o impedirán la obtención de resultados fiables. Por lo tanto, es importante considerar la óptima preservación del tejido y por consiguiente de los antígenos, ya que, aunque la mayoría de los antígenos se conservan adecuadamente después de la fijación en parafina, algunos son más lábiles y solo se detectan en cortes de congelación.

Este tipo de técnicas se basan en la capacidad de los anticuerpos de unirse específicamente a los correspondientes antígenos. La reacción que se produce al unirse el anticuerpo con su correspondiente antígeno solo es visible si el anticuerpo está marcado con una sustancia que absorbe, emite luz o produce coloración, a esta sustancia se la conoce con el nombre de cromógeno.

La utilización de los anticuerpos primarios y secundarios (puente, secundario con peroxidasa, secundario biotinilado, etc.), deben usarse a la dilución idónea, en la cual se produzca la mayor intensidad de la reacción de forma específica, sin observarse tinción de fondo.

2 Objetivos

Explicar e indicar el método de la utilización de matrices de tejido para optimizar anticuerpos en el laboratorio de anatomía patológica.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Selección de los anticuerpos primarios y sus tejidos de control:
- WT-1 (Wilms Tumor 1 Protein): Este anticuerpo es de especial utilidad para el diagnóstico del carcinoma seroso de ovario y del mesotelioma metastásicos. Tiene un tiempo de incubación de 20 minutos, pH alto y dilución: 1:100. Como tejidos de control elegimos mesotelioma y tumor de Wilms.
- HEP-PAR 1: Es un anticuerpo monoclonal. Hay evidencia preliminar de que se asocia con la membrana de las mitocondrias del hepatocito, pero ausente en las mitocondrias de otros tejidos. El anticuerpo es efectivo a partir fijados en formalina, tejidos en parafina. Recuperación de antígeno utilizando buffer de pH alto y un kit de detección que minimiza o elimina la reactividad biotina no específica, se recomienda. La tinción es citoplasmática y granular, sin acentuación canalicular o zonal. Tiene un tiempo de incubación de 20 minutos, pH Bajo y se obtiene prediluido. Como tejido de control utilizamos Hepatocarcinoma.
- FLI-1: Se ha informado de que la alta sensibilidad y especificidad de Fli-1 es igual o superior al de los marcadores establecidos vascular, CD31, CD34 y Factor VIII. Como el primer marcador nuclear de endotelio (en lugar de citoplasma o membranosa), Fli-1 inmunotinción también, en general, carece de tinción citoplasmática, artefactos que son el resultado de las peroxidasas endógenas o de la biotina. Tiene un tiempo de incubación de 20 minutos, pH alto y dilución 1:250. Como tejido de control utilizamos casos de hemangioma, sarkoma de Kaposi, angiosarcoma y amígdala.

2. Construcción de las matrices de tejido:

Material:
- Punch.
- Casetes.
- Émbolo.
- Molde metálico.
- Consola de inclusión en parafina.

- Bisturí.
- Pinzas.

Método:

- Hacemos un bloque únicamente con parafina.
- Con el punch sacamos el número de cilindros de parafina que deseemos rellenar con tejido.
- Seleccionamos con el punch los cilindros de tejido y los extraemos, para introducirlos en los huecos que hemos hecho en el bloque de parafina. Es muy importante que todos los cilindros de tejido estén a la misma altura, lo que conseguiremos añadiendo pequeños cilindros de parafina a los huecos de aquellos que sean más cortos.
- Añadimos unas gotas de parafina líquida y colocamos el molde metálico sobre el bloque, y lo introducimos en la parafina líquida para que se funda el bloque, pero antes de que se funda del todo sacaremos el bloque y lo pondremos en la placa fría para que vuelva a solidificar.

3. Procedimiento inmnunohistoquímico:

- Desenmascaramiento antigénico: Se utiliza para romper los enlaces formados por el formol en el tejido durante la fijación para que pueda realizarse la unión con el anticuerpo. Para realizar el desenmascaramiento utilizamos el PTlink.

En el PTlink realizamos un precalentamiento hasta 65 ℃ y un tiempo de pretratamiento o recuperación antigénica a 95 ℃ durante 20 minutos. Dependiendo del pH requerido por el anticuerpo, utilizamos tampones citrato de alto o bajo pH.

- Incubación y revelado: Se realiza en la máquina de inmunotinción. Para la incubación utilizamos un anticuerpo primario y un anticuerpo secundario. En ella se bloquea la peroxidasa del tejido con peroxidasa para que el anticuerpo primario se una al antígeno.

En el revelado utilizamos el cromógeno (DAB) que sirve para visualizar la unión antígeno-anticuerpo (color marrón al microscopio). En la doble tinción se utiliza "fast red" en lugar de DAB, de manera que se observa de color rojo.

Para evitar que el fondo de la preparación quede blanco, utilizamos la Hematoxilina para contrastar, de modo que el fondo adquiere un tono azulado.

En cuanto a la elaboración de las matrices de tejido de forma manual, se consigue unificar, a partir de varios bloques de tejido incluidos en parafina, uno solo (se adjunta imagen del resultado).

Resultados en la optimización de anticuerpos:

- WT-1: El control interno con tejido prostático muestra tinción inespecífica a nivel de células estromales y endoteliales tanto a nivel citoplásmico como nu-

clear. Esta tinción también se manifiesta de forma evidente en los capilares dentro del hepatocarcinoma. Las muestras correspondientes al tejido renal muestran intensa positividad citoplásmica en las células mesangiales del glomérulo, endoteliales y capa muscular de vasos de pequeño y mediano calibre. En relación al nefroblastoma se observa intensa positividad nuclear en el componente más indiferenciado de la neoplasia. A nivel del mesotelio se aprecia tinción intensa nuclear en las células normales junto a tinción granular citoplásmica del músculo esquelético. Los mesoteliomas muestran tinción específica nuclear característica. Al apreciarse una tinción de fondo, aunque presumiblemente específica, intensa, se procedió a probar el mismo anticuerpo, pero diluido a 1:100, conservando el resto de parámetros relacionados con el procedimiento técnico de la inmunofijación.

- Hepar 1: El control interno con tejido prostático no muestra tinción inespecífica. Las muestras correspondientes a los hepatocarcinomas muestran tinción granular citoplásmica intensa heterogénea con fondo limpio y ausencia de tinción del resto de elementos celulares no tumorales. En cuanto al tejido hepático normal, la expresión del antígeno es intensa y granular, no demostrándose inmunoexpresión a las glándulas tumorales de origen metastásico presentes en la muestra. El resto de tejidos que constituyen el TMA no mostraron tinción por dicho anticuerpo.
- FLI 1: Cuando se valora tanto el control interno prostático como el ganglio linfático (centro germinal) se observa una tinción de fondo inespecífica a nivel glandular y estromal prostática intensa para las diluciones 1:50 que disminuye considerablemente cuando se utiliza la dilución 1:250. Si estudiamos la inmunoexpresión en el ganglio linfático (específica) se demuestra una tinción de fondo elevada en las primeras dos diluciones que se convierte en valorable a la máxima probada. También se han realizado pruebas utilizando como tampón para el desenmascaramiento el citrato a pH 6, pero los resultados no mejoraron (fotos no mostradas). La valoración de las neoplasias vasculares siguió el mismo patrón de tinción que los controles utilizados, por lo que se consideró como óptima la dilución a 1:250, como muestran las siguientes fotos de diferentes tumores vasculares.

A nivel de piel también se observa tinción en células sebáceas y queratinocitos.

5 Discusión-Conclusión

La construcción de matrices de tejido de forma manual supone un método muy eficiente para optimizar el uso de los anticuerpos en el laboratorio, suponiendo

un gran ahorro tanto en reactivos como en la maquinaria que se necesita para realizar los tissue microarrays.

Sobre los anticuerpos empleados podemos concluir lo siguiente:

- El Hep-Par-1 en presentación diluida y con el procedimiento técnico de tinción habitual es de utilidad y sus resultados son óptimos.
- En relación al WT-1, la dilución 1:100 muestra unos resultados similares a la 1:50, lo que nos permite un diagnóstico y un ahorre de costos.
- Considerar la tinción de fondo específica estromal como factor a tener en cuenta en la interpretación de los resultados en los casos problema de la práctica diaria.
- La dilución más adecuada para la valoración del anticuerpo FLI-1 ha sido la de 1:250, mostrando una alta sensibilidad, aunque con discreto fondo, pero con una baja especificidad reflejada en una tinción de abundantes elementos no vasculares.
- El FLI-1 no es un buen marcador diferencial de lesiones vasculares respecto a otra estirpe. No se ha podido comprobar su utilidad en tumores neuroectodérmicos primitivos al carecer en nuestro servicio de ese tipo de muestras.

6 Bibliografía

1. García del Moral, R. (1993). Laboratorio de Anatomía Patológica. Interamericana-McGraw-Hill.
2. XIV Curso teórico-práctico de la técnica Inmunohistoquímica en Anatomía Patológica.
3. www.histopat.es
4. www.biosb.com
5. www.crece.org

Capítulo 372

RIESGOS BIOLÓGICOS PARA EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA SALA DE AUTOPSIAS

PATRICIA RAMOS MIRANDA

CRISTINA RAMIREZ ALONSO

BEATRIZ ESCUDERO TEJERA

JESUS ALARCON SERRANO

SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE

1 Introducción

Vamos a hablar de que una autopsia es un procedimiento médico en el que se utiliza una autopsia para obtener información anatómica privada sobre la causa, la naturaleza, el alcance y las complicaciones de la enfermedad de por vida de un paciente, y que permite realizar un diagnóstico médico definitivo o definitivo para aclarar cuestiones cuestionables, observaciones clínicas y evaluación del tratamiento en curso. Una sección clínica es un procedimiento en el que se examinan los cambios morfológicos en órganos y tejidos causados por una enfermedad y se lleva a cabo en una oficina de patología y anatomía por un especialista en anatomía patológica junto con Técnico de Anatomía Patológica (TEAP).

La autopsia es uno de los procedimientos importantes desde el punto de vista de la salud y la seguridad. Durante las autopsias, los médicos forenses, patólogos, técnicos y personal subalterno están expuestos a muchos peligros, incluidos: físicos, mecánicos, ergonómicos, eléctricos, químicos, de radiación, biológicos y psicológicos. El peligro biológico es el potencial de daño a los trabajadores por exposición o exposición a agentes biológicos (virus de la hepatitis, Mycobacterium tuberculosis, virus de la inmunodeficiencia humana, encefalopatías porosas, etc.) durante su trabajo y se considera un peligro mayor en la parte.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos biológicos del TEAP en la sala de autopsias y describir las medidas preventivas para evitar dichos riesgos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal directamente relacionado con la autopsia está expuesto para obtener enfermedades infecciosas del cuerpo. Las infecciones expuestas a factores biológicos son directamente causadas por los efectos de los microorganismos, incluidas bacterias, virus, hongos y parásitos. Estos microorganismos se transmiten de varias maneras:
- Vacuna. - Contacto, pulverización sobre mucosas. - Salpicaduras sobre piel intacta (herida). - Inhalación de aerosoles. Según el nivel de riesgo, el Decreto 664/1197, de 12 de mayo, de la Casa Real de España, los divide en 4 grupos:
- Agentes biológicos del grupo 1: agentes que no son capaces de causar enfermedad en humanos. - Agentes biológicos del grupo 2: son agentes que pueden causar enfermedades y poner en peligro a los trabajadores, no son capaces de

propagarse a la sociedad y generalmente son eficaces en la prevención o el tratamiento. - Agentes biológicos del grupo 3: agentes que pueden causar enfermedades graves y riesgos graves para los trabajadores, tienen el potencial de propagarse a la sociedad, cuya prevención o tratamiento es generalmente prevenible. - Agentes biológicos del grupo 4: Son patógenos peligrosos para los trabajadores y tienen un alto riesgo de propagarse a la comunidad si no se previenen o tratan de manera efectiva. En cada autopsia, todos los empleados deben tener un medio para evitar la infección con cualquier posible ruta de transmisión y la habitación debe corresponder a los vehículos correspondientes al nivel de disuasión 3. La enfermedad tiene un alto riesgo de popularidad de su alta transmisión IDA, lo siguiente se considera:

- Hepatitis B. Su riesgo de transmisión es bastante alto. La vacunación debe ser obligatoria y debe demostrarse que induce inmunidad midiendo los niveles de anticuerpos. El equipo de protección debe usarse indiscriminadamente y los ojos deben protegerse con gafas o preferiblemente una máscara de plástico transparente, delantal impermeable, zapatos de seguridad y guantes de goma dobles o gruesos. - Tuberculosis. La principal vía de acceso es a través de la inhalación de partículas de aerosol que contienen barras de Koch, y en el caso de la necropsia, la cantidad de aire que contiene una dosis infecciosa de tuberculosis es mucho menor que la requerida para la infección del paciente no infeccioso tratado, de ahí el alto riesgo de transmisión. Medidas preventivas sugeridas por los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.): Todas las autopsias deben realizarse de acuerdo con las recomendaciones de los CDC: máscara N-95 o N-100. Vacune a todos los empleados y filtre eficazmente el aire en áreas de alto riesgo
- Hepatitis C. No existe vacuna ni profilaxis postexposición, por lo que en caso de accidente con hepatitis C, el único tratamiento es tratar al resto de pacientes con antivirales- retirar y luego controlar anticuerpos. - Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Puede transmitirse a través de la piel o las mucosas. Las partículas de aerosol de transmisión no se han registrado. Entre las instalaciones de higiene en el objeto, encontramos lo siguiente:
- No coma, beba y no fume en los lugares de trabajo. - Cubrir la herida de la mano con un vendaje impermeable. - Llevar ropa de protección adecuada. - Ducha después de la apertura. - Mantener limpias las superficies a tratar sin abrir (frascos, etiquetas, grabadoras).

La sierra debe tener un sistema de succión para limitar la propagación de aerosoles. El personal debe tener suficiente experiencia en la disección de cadáveres peligrosos y debe estar familiarizado con los procedimientos de disec-

ción peligrosos. Deberá protegerse con: delantal, polainas, guantes de protección contra cortes, gorro, gafas protectoras y máscara adecuada o casco con visera, que asegure la completa protección de la piel y mucosas. Se utilizarán todos los materiales de un solo uso y se creará un gran contenedor de residuos (identificado y debidamente etiquetado para su posterior incineración). Se colocarán materiales absorbentes e impermeables de forma que puedan recogerse fácilmente del exterior hacia el interior, de forma que el personal solo tenga contacto con la superficie exterior no contaminada. Esto crea una bolsa de material impermeable que se coloca en el contenedor de desechos. El mismo proceso se realiza con material EPI y vestuario, siempre prestando atención y respetando la separación entre zonas limpias y sucias.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en la sala autopsias conlleva una serie de peligros y riesgos potenciales que pueden reducirse con la adopción de medidas de protección seguras, la concienciación del personal de autopsias, el diseño adecuado de las instalaciones y una supervisión adecuada.

El día a día de la actividad precisa de acciones organizativas, como el mantenimiento preventivo de las instalaciones y equipos, o la limpieza y desinfección del entorno e instrumental, que permitan mantener el adecuado nivel de seguridad.

Es fundamental la formación de los profesionales, que deben conocer las fuentes de riesgo y como prevenirlas, los equipos de protección adecuados y las técnicas de seguridad en el trabajo.

6 Bibliografía

1. Selva A, et al. Seguridad y salud laboral en autopsias. Hospital Infanta Margarita Servicio de Anatomía Patológica. EJAutopsy 2008, 32-41.

2. OSHAS 18001:2007, Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

3. International Chemical Safety Cards. Nacional Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). 2004.

4. Vargas M, Solano A. Recomendaciones prácticas para el manejo de exposiciones ocupacionales con riesgo de enfermedades infecciosas en la sala de autopsias del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica. Med. leg. Costa Rica vol.25 n.1 Heredia Mar. 2008.

5. Mazuchowski EL, Meier PA. (2005). The Modern Autopsy: What to Do in Infection Is Suspected. Archives of medical research 36,713- 723.
6. Tam, C. M., Leung, C. C. (December 2006). Occupational tuberculosis: a review of the literature and the local situation. Hong Kong Med J.
7. Puro, V., et al. (Oct-Dec 2005). European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus. Eurosurveillance.10,10-

Capítulo 373

EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO (TEL) Y EL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

CAROLINA MORENO BAUTISTA

FATIMA MOHAMED SEDIK

IRENE PEREZ PEREZ

GEMA ALEMAN CASTILLO

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de un caso clínico de una paciente a la que le detectaron un tumor en la lengua.
Vamos a comenzar hablando sobre este cáncer o técnicamente carcinoma de células escamosas.
El carcinoma verrucoso es un tipo de carcinoma de células escamosas que aparece en menos del 5% de todos los cánceres de la boca.
La mayoría de los casos de cánceres en la zona de la boca en el interior concretamente están relacionados con el consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas o inclusive las dos cosas o la infección con el virus del papiloma humano, aunque hay veces que los pacientes no tienen ninguna de estas tres cosas como es el caso que después vamos a desarrollar, y que puede ser que le haya salido porque toma bebidas muy calientes.

El tratamiento para el cáncer de lengua normalmente implica una cirugía para extraer el cáncer, como se suele decir cortar de raíz el problema y hay veces que no necesita sesiones de quimioterapia o radioterapia. También se recomienda la quimioterapia, la radioterapia y la terapia con medicamentos dirigidos. Es posible que este tipo de cáncer de lengua avanzado afecte tu capacidad de hablar y alimentarte, ya que a veces también extirpan los ganglios.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a hacer un resumen de un caso clínico sobre una señora de 72 años con un cáncer de lengua y las pruebas que se realizan en laboratorio para detectarlo.

3 Caso clínico

Una señora de 72 años acude a su consulta de odontología para una revisión y una limpieza, ya que meses anteriores tuvieron que ponerle unos implantes.
El problema llega cuando el dentista detecta un bulto sospechoso y muy feo y le recomienda ir al otorrino y dermatólogo.
Esta señora comunica que los dos profesionales le dicen que no tiene importancia y puede ser una herida.
El dentista vuelve a decir que cree que es un tumor y la deriva a un maxilofacial.
El maxilofacial nada más lo ve piensa que si es un carcinoma y la práctica una biopsia en la lengua y le manda pruebas como analíticas.
Ya en el laboratorio, el tejido que se extrae durante la biopsia se observa, donde se hacen cortes delgados para observar en el microscopio. Esto se conoce como el estudio histológico del tejido y generalmente es la mejor manera de saber si hay cáncer.
Una de las siguientes pruebas fue un análisis de sangre oncológico donde el técnico detecta una vez analizada la muestra que el resultado es positivo.
Seguidamente, se le informa a la paciente de que si tiene cáncer en la lengua y la envían a un hospital especialista en estos casos para que le extirpen el tumor.
El maxilofacial le quita un trozo de lengua y también los ganglios para evitar que se haya extendido.
Al día siguiente intentan dextubar y se llevan unos puntos lo que acarrea en la señora una hemorragia, ya que tiene problemas de coagulación y toma simtron.
Al tercer día deciden hacerle una traqueotomía provisional porque se le crearon coágulos en la garganta.

Tras un par de semanas en uci pasa a planta.
Pasado un mes ya le dan el alta y puede irse a su casa.

4 Discusión-Conclusión

La conclusión es que podemos tener cáncer en cualquier parte del cuerpo incluso en lugares que no imaginas cómo la lengua.
A veces los diagnósticos no son los adecuados porque con este caso clínico se equivocaron en un principio, pero finalmente dieron con la tecla y bueno es normal porque somos humanos y podemos equivocarnos.
Los técnicos en laboratorio junto con el patólogo se encargan de la parte oculta la interior la de analizar las biopsias y la sangre donde no cabe error alguno para un diagnóstico.
Este caso clínico tuvo un buen final y la paciente se somete a sus analíticas rutinarias cuando le toca.

5 Bibliografía

-google académico

Capítulo 374

DETERMINACIÓN DE AMONIO EN SANGRE EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA

MICAELA ELENA MANZAT VERINCA

CLAUDIA GARCÍA GARCÍA

DANIEL PEÓN MARTINEZ

1 Introducción

El amonio es el producto final del metabolismo proteico y se forma por acción de las bacterias sobre las proteínas intestinales y por la hidrólisis renal de la glutamina. Es producido principalmente en el colon por la flora intestinal y su concentración es normalmente metabolizada por el hígado.
El amonio es producido por células que se encuentran en todo el cuerpo, especialmente en los intestinos, el hígado y los riñones. La mayor parte del amonio producido en el organismo es utilizada por el hígado para producir urea. La urea también es un producto de desecho, pero es mucho menos tóxico que el amonio. La urea es posteriormente transportada por la sangre hacia los riñones para excretarla por la orina. Si este ”ciclo de la urea” no se completa correctamente, el amonio se acumula en la sangre y atraviesa la barrera hematoencefálica, llegando al cerebro, pudiendo producir daños cerebrales.
Es especialmente tóxico para el cerebro y puede producir visión borrosa, confusión, debilidad, letargia y en algunas ocasiones, coma. Los bebés y los niños con concentraciones altas de amonio pueden vomitar frecuentemente, además

de mostrarse irritables para después quedar apáticos o letárgicos. De no tratarse, la situación puede evolucionar hasta convulsiones, dificultades respiratorias, y finalmente coma.

2 Objetivos

Identificar las posibles interferencias que afectan a la determinación del analito, que se dan antes de la toma de muestras, durante la toma de muestras, ligadas al correcto método de transporte y a la temperatura adecuadas antes de su entrega en el laboratorio para poder dar un resultado fiable que ayude al diagnóstico de enfermedades, en el control y/o evolución de las mismas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de libros y en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado palabras de búsqueda como ¨Amonio¨, ¨Interferencias en el laboratorio¨, ¨Toma de muestras".

4 Resultados

La mayor concentración de amonio se encuentra en la vena porta y normalmente se elimina el 80% durante su primer paso por el hígado. Con un pH normal, fisiológico, el 98% del amonio sanguíneo se encuentra como ION amonio y solo 2% como amoniaco. El amoniaco puede difundir a través de la barrera hematoencefálica pudiendo producir daños cerebrales. Pequeñas cantidades de amonio en sangre son muy tóxicas para el cerebro por qué se impide la transmisión nerviosa. Se ha encontrado relación entre los niveles de amonio sérico con la severidad de encefalopatía hepática, siendo más evidente en los pacientes con encefalopatía grado IV, en enfermedades genéticas que causan trastornos en el ciclo de la urea, Síndrome de Reye que afecta principalmente a niños y adolescentes que se están recuperando de infecciones virales como varicela o gripe y han tomado aspirina. El amonio también contribuye al equilibrio ácido base formándose iones amonio él en tubo renal. Se asocia daño renal con altos niveles de amonio. Otros estudios asocian la presencia del amonio al Alzheimer afectando en la progresión de esta enfermedad. En la encefalopatía hepática, aunque el diagnóstico es clínico,

se monitorizan los niveles de amonio en sangre siendo un buen indicador para controlar la respuesta al tratamiento. La mayoría de las medidas terapéuticas utilizadas en pacientes con encefalopatía hepática causan disminución de los niveles de amonio.

Los métodos más empleados para determinar el amonio en sangre son los métodos enzimáticos. Para la correcta cuantificación del analito es importantísimo tener en cuenta varias condiciones previas ligadas al paciente y a la muestra.

Las condiciones ligadas al paciente son:
• La edad: En recién nacidos las concentraciones de amonio son de 4 a 8 veces mas altas en neonatos y de 2 a 3 veces más altas en menores de 3 años.
• El ejercicio físico: se aumentan los valores normales mas de 3 veces después de esfuerzo físico.
• Los fármacos: los diuréticos o barbitúricos incrementan las concentraciones fisiológicas de amonio.
• El tabaco: después del consumo de un solo cigarrillo se incrementan los valores en µmol/L, por eso no se debe de fumar mínimo de 8 horas antes de la toma de muestras.

Las condiciones ligadas a la toma, transporte y procesamiento de la muestra son:
• El tipo de tubo para toma de muestra: plasma recogido con anticoagulante EDTA.
• Durante la extracción. La isquemia inducida por el uso de torniquete y por la contracción muscular puede ser causa del falso aumento de los valores del amonio en sangre. El tiempo del torniquete debe de ser mínimo y se debe evitar abrir y cerrar el puño.
• La temperatura hasta el procesamiento de la muestra es importantísima, por ello se debe introducir en hielo inmediatamente después de la extracción y hasta su procesamiento.
• Mantener el tubo cerrado hasta su procesamiento.
• Dentro del laboratorio, se debe centrifugar con rapidez en centrífuga refrigerada si se dispone de ello.
• La estabilidad de la muestra: una vez separado el plasma es estable de 2 a 3 horas en hielo a 4ºC o 24 horas a -18ºC.
• Presencia de hemolisis. Los eritrocitos poseen una concentración 2.8 veces más que la concentración de plasma, por lo tanto, es una interferencia importante en el procesamiento de la determinación.

5 Discusión-Conclusión

El amonio es uno de los muchos analitos que son necesarios para apoyar la toma de decisión sobre diagnóstico, seguimiento, control de enfermedades en la que los valores del amonio se alteran. No es decisivo en el diagnóstico ya que ningún metabolito por si solo es diagnóstico.
Se necesita saber su valor porque es útil y da buenas pistas sobre posibles enfermedades en riñón, hígado o del metabolismo. Pero para ello, hay que poner especial atención en la parte preanalítica donde las condiciones ligadas al paciente son importantes y a tener en cuenta.
Cobra especial importancia el rápido transporte en frío hasta el laboratorio entre placas de hielo que no sobrepase los 4ºC ya que de lo contrario se rechazaría la muestra.
No se debe usar el tubo neumático para su envío al laboratorio, ya que los eritrocitos se rompen y dan lugar rechazo de la muestra por interferencia de la hemolisis.
Aunque hay poco riesgo en la toma de una muestra de sangre, las venas y las arterias varían en tamaño de una persona a otra y de un lado del cuerpo a otro. Obtener una muestra de sangre de algunas personas o niños puede ser más difícil que de otras.
Para evitar al paciente la molestia de otro pinchazo y la posibilidad de dar un resultado inexacto con sus consecuencias, se deben tener en cuenta todas las instrucciones y se deben cumplir todas correctamente.
De esta manera se evitaría el retraso de un resultado fiable que apoye correctamente las decisiones del equipo médico, además de las perdidas económicas que conlleva procesar una muestra no apta y/o rechazarla.

6 Bibliografía

1. Jones E. Ammonia, the GABA Neurotransmitter System, and Hepatic Encephalopathy. Metabolic Brain Diseas 2002; 17(2): 275-282.
2. Romero-Gómez M, Ramos-Guerrero R, Grande L, et al. Intestinal glutaminase activity is increased in liver cirrhosis and correlates with minimal hepatic encephalopathy. J Hepatol 2004; 41(1):49-54.
3. Basil AS, Jones EA. Ammonia and GABA-agric neurotransmission: interrelated factors in the pathogenesis of hepatic encephalopathy. Hepatology 1997; 25(1):1303- 1305

4. Balcells,A,. La clínica y el laboratorio, 20ed de Prieto, Valtueña J.M y Ayuste Ara, J.R, Barcelona: Elsevier Masson, 2006.
5. D´ocon, M.C., García, M.J. y Vicente García J.C Fundamentos y técnicas de análisis bioquímico, Madrid: Thompson-Paraninfo, 2005

Capítulo 375

DETERMINACIÓN Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS A VALORES ALTOS DEL ENZIMA ALANINA AMINO TRANSFERASA EN EL LABORATORIO DE RESPUESTA RÁPIDA

ELENA LLAMAS COSTALES

ANA BELEN COLODRON IGLESIAS

1 Introducción

La alanina aminotransferasa (ALT) o Glutamato-Piruvato Transaminasa (GPT) es una enzima del grupo de las transaminasas cuya localización principal se halla en el citoplasma de células hepáticas; también se puede encontrar en pequeñas cantidades en el corazón y en los músculos.
Generalmente, los niveles en sangre son bajos, pero cuando las células hepáticas están dañadas, se libera ALT al torrente circulatorio. Estos niveles elevados que hay en la sangre son directamente proporcionales a la cantidad de tejido lesionado y pueden ser un signo de lesión o enfermedad del hígado.
Algunos tipos de enfermedades del hígado provocan la elevación de niveles de ALT en sangre previamen-te a la que aparición de los síntomas y signos correspondientes a la enfermedad casual, por lo que la prueba en sangre de esta enzima nos permite la detección temprana de dichas enfermedades.

Normalmente, la determinación de ALT se solicita al mismo tiempo que la de aspartato aminotransferasa (AST), que es otro enzima producido en el hígado, para valorar el perfil hepático, debido a que la actividad de las transaminasas en sangre se utiliza como indicador de lesión hepática, siendo la enzima ALT más específica y en algunas ocasiones la única en aumentar sus valores. Para diferenciar entre lesiones hepáticas y lesiones cardiacas o musculares o distinguir la gravedad y causas de las lesiones hepáticas utiliza-remos un cociente entre ambas enzimas.
También se pueden solicitar la valoración de otros valores hepáticos junto a la enzima ALT como son la fosfatasa alcalina, la gamma-glutamil transferasa (GGT), la bilirrubina y las proteínas totales, para las evaluaciones de las posibles lesiones hepáticas.

2 Objetivos

Identificar este parámetro en el laboratorio de respuesta rápida. Explicar su uso y patologías asociadas a valores elevados en los pacientes que acuden al servicio urgencias.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo, se ha realizado una revisión biográfica e investigación exhaustiva basada en la búsqueda de información sobre el enzima ALT en diferentes páginas webs y en diferentes libros relacionados con el área de laboratorio de diagnóstico clínico. Encontrando así toda la información expuesta en el trabajo que se describe a continuación.

4 Resultados

Aunque la petición de determinación de ALT se puede realizar con otro grupo de pruebas de función hepática, y realizar, aunque no exista ningún síntoma de patología, se suele solicitar si tiene síntomas como:
• Fatiga y debilidad.
• Náuseas y vómitos.
• Ictericia.
• Hinchazón y dolor abdominal.
• Picazón fuerte.

• Orina de color oscuro y/o heces de color claro.

O en personas con riego elevado de sufrir enfermedades de perfil hepático como:

• Pacientes con familiares con antecedentes en enfermedades hepáticas.
• Pacientes con posible exposición a los virus de la hepatitis.
• Pacientes con trastorno de abuso de alcohol.
• Pacientes obesos y/o con diabetes.
• Pacientes que toman medicación que puede dañar el hígado.

Los valores normales son; en los hombres 10 – 40 U/L y en el caso de las mujeres entre 7 – 35 U/L
En condiciones normales, la concentración de ALT en sangre es baja
En el caso de hepatitis agudas, cuya causa a menudo es por infección vírica la concentración de esta en-zima es muy elevada, incluso mas de 10 veces superior a los valores normales. Pero estos valores altos también pueden estar relacionados con la ingesta de ciertos medicamentos y sustancias toxicas para el hígado.
En el caso de hepatitis crónicas, la concentración de ALT suele ser mas moderada, aunque estos niveles se pueden observar por otras causas como el abuso de alcohol, cirrosis, daño cardiaco o presencia de tumores en el hígado.

Los niveles de ALT son mayores que los de AST en la mayor parte de las enfermedades hepáticas, de manera que el cociente AST/ALT es menor que 1, existiendo excepciones. Sin embargo, el cociente puede ser mayor de 1 en las hepatitis alcohólica, la cirrosis y las lesiones musculares o cardiacas.

La alteración de los niveles de transaminasas en gran parte se deba al estilo de vida por lo que se deben tomar medidas al respecto.

• Dieta equilibrada: principalmente, evitando los alimentos procesados o grasos. Mantenerse bien hidratado para ayudar al hígado a eliminar las grasas.
• Beber agua con regularidad.
• Evitar consumo de bebidas alcohólicas.
• Aumentar el consumo de verduras y frutas.
• Realizar ejercicio moderado regularmente.

Si la inflamación del hígado es provocada por algún medicamento, tenemos que consultar al médico especialista para ver si es posible sustituirlo por otro

5 Discusión-Conclusión

Con toda la información recopilada en esta investigación se ha llegado a la conclusión que los resultados de la prueba de ALT pueden ayudar a diferenciar entre el daño causado por problemas hepáticos agudos (repentinos) y los problemas hepáticos crónicos (a largo plazo). Siendo la elevación de este enzima transaminasa un marcador importante de la destrucción de células hepáticas.

Los niveles de ALT son mayores que los de AST en la mayor parte de las enfermedades hepáticas, de manera que el cociente AST/ALT es menor que 1, existiendo excepciones. Sin embargo, el cociente puede ser mayor de 1 en las hepatitis alcohólica, la cirrosis y las lesiones musculares o cardiacas.

6 Bibliografía

1. Alanina aminotransferasa https://labtestsonline.es/tests/alt
(Internet)

2. Analisis de sangre: alanina aminotransferasa.www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/alanina-aminotransferasa-en-sangre(Internet)
3. Prueba de sangre ALT: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-sangre-de-alt/(Internet)
4. Pruebas de fúncion hepatica: https://scielo.isciii.es/scielo.php(Internet)
5. Temario Tecnico Especialista de Laboratorio MAD (Libro)

Capítulo 376

LA DOSIMETRÍA RADIOLÓGICA COMO MEDIDA DE PROTECCIÓN

LAURA AINSA MANJABACAS

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ

1 Introducción

En las instalaciones radiactivas o nucleares se deben cumplir una serie de requisitos en materia de protección radiológica que vienen dados por la administración, entre ellos se encuentran la clasificación del personal laboral, y la fijación de unos límites de exposición a radiaciones ionizantes.
Dentro de las medidas de radioprotección:
-Se establece la necesidad de llevar a cabo controles médicos y dosimétricos de los trabajadores expuestos.
-Se exige que haya unidades técnicas o servicios que sean los responsables de la protección radiológica.
-Se exige que la entidad que efectúe el control médico sanitario esté autorizada para ello, y que la entidad que efectúe el control dosimétrico también esté autorizada para ello.
Todas las actividades que puedan afectar a la seguridad de las instalaciones, protección de las personas o medioambiental contra los efectos de las radiaciones ionizantes están sometidas a supervisión o inspección por el CSN (Consejo de Seguridad Nuclear).

Los riesgos que tienen que ver con las radiaciones ionizantes dependen sobre todo del tipo de exposiciones, estas pueden ser:
-Exposición por irradiación externa, que es en la que las fuentes se sitúan fuera del organismo.
-Exposición por irradiación interna, son las exposiciones en las que el material radiactivo se sitúa dentro del organismo, ya sea por inhalación, ingestión o a través de una herida, provocando que este se pueda fijar en los tejidos biológicos.

2 Objetivos

Exponer el uso de la dosimetría radiológica como medida de protección

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

Como medida de protección radiológica, las dosis individuales recibidas por cada trabajador expuesto durante toda su vida laboral se deben registrar en el historial dosimétrico individual, y este debe estar debidamente actualizado y estar a disposición del trabajador en cada momento.
En el historial dosimétrico:
Las dosis recibidas durante la vida laboral de los trabajadores expuestos a las radiaciones ionizantes, quedan registradas en un historial dosimétrico individual. En este historial quedan reflejadas las dosis recibidas en su centro de trabajo y en otras actividades desarrolladas fuera de él. El personal laboral expuesto tiene obligación de comunicar en cada instalación las dosis recibidas en las demás para poder asegurarse de que no supera los límites.
Cada trabajador recibe un informe dosimétrico mensual en el que constan las dosis superficial y profunda correspondiente al mes de la lectura, las dosis acumuladas en los últimos doce meses y el porcentaje de los límites que corresponden a la dosis superficial y profunda acumulada. Cada año, recibe el informe

dosimétrico con la dosis recibida durante el año finalizado.
El titular de la práctica, debe guardar el historial dosimétrico, hasta que el profesional cumpla 75 años, y nunca por un periodo inferior a 30 años, contados a partir de la fecha del cese del trabajador.
Para poder realizar el seguimiento radiológico a los profesionales, hay que saber los riesgos derivados de las exposiciones a las radiaciones, y estos se sacan midiendo las magnitudes de protección radiológica dosis efectiva y dosis equivalente en los órganos y tejidos. Estas magnitudes no se pueden medir de manera directa, pero si pueden ser evaluadas a través de las magnitudes dosimétricas operacionales para la vigilancia dosimétrica de zona y ambiental, y para la vigilancia individual de cada trabajador.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de la dosimetría radiológica es: medir las dosis de radiación absorbidas y cercanas como pueden ser las dosis que se quedan en la zona, para así poder llevar adelante el seguimiento y la vigilancia radiológica de los trabajadores que están expuestos a las radiaciones ionizantes.
Teniendo en cuenta la información recogida durante el proceso de dosimetría física y de los controles de calidad, el servicio de radio física calcula la dosis de radiación que ha sido recibida por el organismo del trabajador durante la jornada con exploraciones diagnósticas con rayos x.
En mi opinión, es necesario que se lleven a cabo todas las medidas necesarias para conseguir una protección adecuada y eficaz de los trabajadores contra las radiaciones ionizantes, viéndolo desde el punto de vista de la salud y de la seguridad personal.

6 Bibliografía

1. García M, Ministerio De Sanidad G, Madrid C, Mercedes B, Rosario C, Busquets E, et al. COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA GRUPO DE TRABAJO DE SALUD LABORAL DE LA COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD COORDINACIÓN DEL PROTOCOLO [Internet]. Gob.es. [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/radiacio.pdf
2. Carnés radiológicos y empresas externas - CSN [Internet]. Csn.es. [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.csn.es/proteccion-radiologica/carnes-radiologicos-empresas-externas

3. Ciemat.es. [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/1173720303_1572009113416.pdf
4. Edu.ec. [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14606/1/Dosimetr%C3%ADa%20radiol%C3%B3gica.pdf

Capítulo 377

PAPEL DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO EN LA VERTEBROPLASTIA Y CIFOPLASTIA PERCUTÁNEAS

MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO

VERONICA MARTINEZ MARTINEZ

HERMINIA GOMEZ GOMEZ

ANA MARIA BIELSA SANCHEZ

1 Introducción

Los procedimientos de imagen intervencionistas son procedimientos radiológicos que intervienen en un proceso patológico con un fin terapéutico. Los procedimientos intervencionistas utilizan técnicas angiográficas para el tratamiento de enfermedades, además de aportar datos diagnósticos, la radiología intervencionista es una especialidad en rápida expansión de la radiología, puesto que los procedimientos intervencionistas se han convertido en una herramienta cada vez más relevante en el tratamiento de una lista creciente de enfermedades.
Estos procedimientos se realizan habitualmente en una sala de angiografía y por un radiólogo intervencionista, un enfermero de radiología vascular y un técnico especialista en radiodiagnóstico. El control por fluoroscopia permite guiar el trayecto de los catéteres y agujas que se utilizan y este equipo es el empleado por el técnico especialista en radiodiagnóstico.

Se realizan estos procedimientos en salas especiales vasculares para garantizar la asepsia y la esterilización del material quirúrgico durante la operación. El aumento de la complejidad de los diversos tipos de procedimientos intervencionistas motiva que muchas unidades de angiografía estén equipadas como quirófanos; de este modo se reduce el riesgo de infección y se puede realizar un tratamiento quirúrgico rápido en caso de que surjan complicaciones.
Los procedimientos intervencionistas se pueden clasificar en vasculares y extravasculares.

2 Objetivos

- Explicar el papel del técnico especialista en radiodiagnóstico en la vertebroplastia y la cifoplastia.
- Funciones en la unidad de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los objetivos de estos procedimientos, así como sus beneficios tanto para el paciente como para los recursos sanitarios, son los siguientes:
- Técnicas mínimamente invasivas y de bajo riesgo en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales.
- Procedimientos más baratos que las técnicas quirúrgicas y médicas clásicas.
- Menor estancia hospitalaria del paciente.
- Recuperación posterior más rápida, debido a un menor grado de invasividad.
- Alternativa terapéutica en pacientes que no son candidatos a cirugía.

La vertebroplastia percutánea se utiliza en el tratamiento de pacientes con dolor e inestabilidad de la columna vertebral, secundaria a osteoporosis, metástasis vertebrales, fracturas por compresión o angiomas vertebrales.

Se inyecta de forma percutánea un cemento acrílico en el cuerpo vertebral, bajo control fluoroscópico, el cual es controlado y manipulado por el técnico especialista en radiodiagnóstico. Sirve para estabilizar la columna y aliviar el dolor a largo plazo. Este procedimiento se realiza en quirófano o en el laboratorio de radiología intervencionista. El cirujano introduce una pequeña aguja hueca en la espalda del paciente hasta que llega al área afectada de las vértebras.
Una vez que la aguja está colocada y que esto se ha comprobado mediante fluoroscopia con el brazo en C (proyecciones AP y lateral), el cirujano inyecta una mezcla de cemento ortopédico que también puede tener contraste (para mejorar la visibilidad en el monitor).
El cirujano suele solicitar que se mantenga la fluoroscopia de forma continua mientras se inyecta la mezcla de cemento. A continuación, el cirujano realiza una comprobación para asegurarse de que el cemento ha rellenado toda la zona vertebral afectada y extrae la aguja.
El cemento ortopédico fragua con rapidez y estabiliza las vértebras fracturadas, lo que puede aliviar el dolor. La técnica de la vertebroplastia ha sido modificada recientemente, dando lugar a un procedimiento que se denomina cifoplastia. Por medio de pequeñas incisiones se coloca un balón de cifoplastia en el interior del cuerpo vertebral colapsado.
El balón se insufla para restaurar la parte colapsada de la vértebra. Posteriormente, se inyecta un cemento acrílico para estabilizar la vértebra. Entre las complicaciones de la vertebroplastia se encuentra la fuga del cemento a estructuras adyacentes, que puede requerir cirugía urgente.
Una complicación menos habitual es la embolia pulmonar, debida a la migración del cemento a las venas perivertebrales. La cifoplastia presenta menos complicaciones que la vertebroplastia, puesto que precisa menos cantidad de cemento y se inyecta de una forma más controlada.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a estas técnicas, se disminuye la invasividad, el paciente presenta un tiempo de recuperación menor. Son técnicas asequibles en costes en comparación con una operación quirúrgica. El paciente permanece en el hospital un menor tiempo.
Son pruebas diagnósticas y terapéuticas con un alto beneficio para el paciente. No obstante, cabe destacar que durante la intervención y durante la recuperación postoperatorias pueden producirse complicaciones. Las dosis de radiación impartidas a los pacientes no son elevadas.

El técnico especialista en radiodiagnóstico ajustará los parámetros de exposición en función del paciente y de los criterios médicos. El paciente permanecerá el tiempo mínimo hospitalizado.

6 Bibliografía

Silveri, A., & García, F. (2005). Fracturas vertebrales y vertebroplastia. Revista Puesta al día, 26, 122-126.
Contreras, O., & Huete, I. (2003). Vertebroplastia percutánea: Nueva alternativa en el tratamiento del dolor de origen vertebral. Revista chilena de radiología, 9(2), 45-50.
Pérez-Nuñez, M. I., & Moral, J. R. (2010). Vertebroplastia y cifoplastia como tratamiento de las fracturas vertebrales osteoporóticas. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, 2(2), 27-33.
Pérez Higueras, A., Álvarez, L., Rossi, R., & Quiñónez, D. (2002). Vertebroplastia percutánea. Radiología (Madr., Ed. impr.), 16-22.
Arregui, R., Martínez-Quiñones, J. V., Aso-Escario, J., & Aso-Vizan, J. (2008). Papel del refuerzo vertebral mediante cifoplastia en el tratamiento de las fracturas dorsolumbares de índole no osteoporótico: Revisión del tema y análisis de 40 casos. Neurocirugía, 19(6), 537-550

Capítulo 378

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL TRABAJO DE TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO

VERONICA MARTINEZ MARTINEZ

HERMINIA GOMEZ GOMEZ

ANA MARIA BIELSA SANCHEZ

1 Introducción

El trabajo del técnico superior en radiodiagnóstico y medicina nuclear implica un trabajo continuo con radiación. La radiación es la propagación de energía en forma de ondas electromagnéticas a través del vacío o un medio material.
La radiación que más preocupa en este trabajo es la ionizante, que es aquella que transporta energía suficiente para ionizar en el medio que atraviesa y puede causar efectos nocivos que veremos más adelante. Dentro de la radiación ionizante podemos encontrar la radiación, alfa, la beta, la gamma y los rayos X, siendo las dos últimas las que mayor grado de penetración tienen.

El ser humano está expuesto a niveles de radiación de forma natural, que depende en gran medida de dónde se vive, la composición del suelo, los materiales utilizados a su alrededor, la estación de año, entre otros factores. Pero la exposición que nos ocupa en este trabajo es aquella provocada de forma artificial y que afecta a las personas que están expuestas a ella de forma ocupacional, es decir, por su empleo.
Esto conlleva unos riesgos que son los que se van a analizar detenidamente, sobre todo si no existe la prevención adecuada para evitar la exposición, por ello es tan importante el estudio de los riesgos laborales.

2 Objetivos

Conocer los riesgos que existen en el trabajo de técnico en radiología y medicina nuclear, así como las afecciones que puede sufrir en caso de exposiciones prolongadas.

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

Relacionado con la medicina podemos destacar tres ámbitos en los que la radiación está presente, el radiodiagnóstico, la radioterapia y la medicina nuclear. A pesar de no estar expuestos a radiación de forma directa, ya que es el paciente quien recibe la carga radiactiva, el técnico tiene cierta exposición, los dos riesgos a los que puede estar expuesto son la irradiación externa que se produce cuando la radiación se transfiere a otro material y la personal puede estar expuesta a esa irradiación, el otro tipo es la contaminación de sustancias radiactivas que puede ser tanto interna como externa.
En el radiodiagnóstico en la que se emiten rayos X de forma directa y difusa, dicha emisión cesa tras el disparo. En la radioterapia podemos distinguir dos tipos, la braquiterapia y la teleterapia, en primera se coloca la carga radiactiva en contacto

o muy próxima al tumor y en la segunda la fuente está a cierta distancia. En lo que se refiere a la medicina nuclear, se administra un fármaco que transporta, que transporta y un isótopo radiactivo.
Tenemos claro que el técnico en radiología está de continuo expuesto a zonas con radiación. Dichas zonas se pueden diferenciar por su peligrosidad en función de la cantidad de radiación a la que estén sometidas. Las zonas vigiladas en las que 3512 existe la posibilidad de recibir más de 1 mSv de dosis efectiva al año, las zonas controladas reciben más de 6 mSv, las zonas de permanencia limitada hay un riesgo de superar los límites que se aplican al personal expuesto y en las zonas de acceso prohibido se puede superar este mismo límite en una sola exposición.
Por eso, el técnico tiene que conocer los riesgos a los que puede estar sometido, ya que una exposición excesiva a la radiación puede provocar graves daños en órganos y tejidos, enrojecimiento de la piel, quemaduras, síndrome de irradiación aguda.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el técnico en radiología está expuesto a grandes dosis de radiación y por ello debe de tener el máximo cuidado, tanto en la movilización del paciente como en el proceso de la realización de la prueba, ya que al paciente también se le debe de proteger y tras prepararlo se deben cerrar las puertas debidamente para evitar el paso de la radicación a la sala de radiodiagnóstico.
Los efectos causados por la radiación no se ven siempre a corto plazo y por eso aunque pueda parecer que no hay riesgo, puede llegar a provocar, en casos extremos, cáncer, igualmente en mujeres embarazadas puedo provocar malformaciones en el feto y por ello las mujeres que estén expuestas deben de notificar cuanto antes que están embarazadas para poder minimizar riesgos.

6 Bibliografía

Tchernitchin, A. N., & Riveros, R. (2004). Efectos de la Radiación Electromagnética sobre la Salud. Cuadernos Medico Sociales, 44(4), 221-234. Bayo, N. (2001). Reacción celular ante la radiación. Radiobiología, 1(1), 9-11.
Güerci, A. M., & Córdoba, E. E. (2015). Nuevo enfoque de los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes. Revista argentina de radiología, 79(4), 224-225. Tchernitchin, A. N., & Riveros, R. (2004). Efectos de la Radiación Electromagnética sobre la Salud. Cuadernos Medico Sociales, 44(4), 221-234.

Cascón, A. (2009). Riesgos asociados con las radiaciones ionizantes. Revista argentina de cardiología, 77(2), 123-128.
Mendizábal Méndez, A. L. (2012). Radiación ionizante en tomografía computada: un tema de reflexión. Anales de Radiologia, Mexico, 11(2).

Capítulo 379

PROYECCIONES ADECUADAS POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO ANTE UNA FRACTURA DE HUESOS EN PACIENTE GERIÁTRICO

MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO

VERONICA MARTINEZ MARTINEZ

HERMINIA GOMEZ GOMEZ

ANA MARIA BIELSA SANCHEZ

1 Introducción

La fractura de huesos propios es una de las que se dan en pacientes de edad avanzada, generalmente caída accidental, golpe accidental, agresión, etc.
La nariz está formada por sus propios huesos y tiene forma piramidal con una base y paredes laterales donde se ubican sus huesos.
Los síntomas que se pueden observar en la propia fractura son deformidad, edema facial, epistaxis e incluso dificultad respiratoria.
Los familiares, parientes o amigos de los pacientes de la tercera edad no darán bebidas ni medicamentos para evitar la cirugía plástica si la necesitan por no estar en ayunas. Se debe tener cuidado al transportarlo a un hospital, o si tiene dudas sobre cómo manejar a un paciente fracturado, llame a la sala de emergencias.

El paciente deberá acudir al hospital más cercano para descartar otras formas de patología, para lo cual se realizará un registro de la situación, y el paciente o sus familiares explicarán lo ocurrido.
Los datos personales, como un paciente anciano con medicación crónica, casi siempre se trata de una medicación que incluso puede interactuar con los coágulos de sangre.
El propósito de esta revisión bibliográfica es comprender qué tipos de predicciones o predicciones podrían ser apropiadas para ser realizadas por radiólogos de diagnóstico y revisadas por radiólogos y médicos de urgencias.

2 Objetivos

- Describir las proyecciones radiográficas apropiadas para diagnosticar fracturas de huesos nativos.
- Tenga en cuenta que puede haber algunos tipos de protuberancias que recubren el cráneo para que pueda diagnosticar sus fracturas óseas.

3 Metodología

Nuestras revisiones bibliográficas se realizan de acuerdo con el protocolo PRISMA en Internet, y se agregan evidencias de publicaciones basadas en guías, artículos y textos en Internet.
Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane. Hablaron sobre sus propias fracturas y las predicciones que los radiólogos de diagnóstico pueden hacer en artículos y/o documentos.
Palabras clave: formación, radiología, proyección, tecnología.
Contiene texto en inglés y español. Texto con validez científica.

4 Resultados

- Las proyecciones que pueden visualizar fracturas de huesos nativos suelen ser la proyección lateral del hueso original y la proyección de Waters.
- Si no podemos sentarnos o estar con los pacientes, la proyección de los técnicos debe colocarse en la posición inclinada de un paciente. EXCESIVO CELLO ESTRIMIENTOS aprox. 37º hasta que se forme el devanado de la barbilla. Cuando el paciente coloque el mentón en el chasis, el centro estará en el cuello. Esta proyección nos permitirá ver el cono nasal, los procesos frontal y temporal del

hueso cigomático, y al rotar la radiografía, podemos ver que la distancia desde el borde orbitario exterior hasta el borde lateral del cráneo es diferente. (Ortega, M, 2009)

- También es posible una proyección inversa de Waters. En este caso, el paciente está en posición supina o mirará el tubo mientras el cuello está hiperextendido.
- La proyección lateral de los propios huesos es más sencilla que la anterior, ya que es una radiografía lateral de la cara, pero necesita ser aclarada con un centrado especial y sin Bucky.
- Queremos agregar una proyección del cráneo a nuestra revisión, porque para el diagnóstico de la fractura del esqueleto en sí es útil tomar una radiografía del cráneo, puede ser una proyección de Mahoney, en la que se puede ver la órbita completa y el seno maxilar, que Shuller identificará como piedras en la órbita y el seno frontal.
- El centrado es muy importante para saber dónde centrar el haz para obtener la mejor vista de su propio hueso roto en la radiografía. Debe ajustar la descarga en miliamperios y kilovoltios, lo que también afecta la calidad y la claridad de la radiografía.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se sospechaba de estas fracturas, las radiografías de los propios huesos eran muy específicas, en el caso de nuestra revisión bibliográfica se trataba de un paciente de edad avanzada por debilidad ósea, anatomía e incluso múltiples patologías.

Será difícil tomar una radiografía de sus huesos, pero intentaremos acercarnos lo más posible al centro para un diagnóstico adecuado.

En cuanto a la anatomía física de la cara, se puede observar mucho edema, incluyendo las órbitas y contusiones en las mismas, las cuales tendremos que hacer zoom en miliamperios y kilovoltios para poder evitar el edema facial y poder visualizar si hay es una fractura de hueso.

Los profesionales de la salud tendrán paciencia y empatía con este tipo de pacientes cuando se enfrenten a preocupaciones o deterioro cognitivo en pacientes mayores.

6 Bibliografía

- Mc Gregor I.A. “Técnicas fundamentales en cirugía plástica” Ed Masson-Salvat Medicina 1993 p215-218.

- Raspall G. “Cirugía Maxilofacial” Ed Panamericana 1997 p337-346.
- Coulson C, De R. Management of nasal injuries by UK accident and emergency consultants: A questionnaire survey. Emerg Med J 2006; 23:523.
- Kelley BP, Downey CR, Stal S. Evaluation and reduction of nasal trauma. Semin Plast Surg 2010; 24:339-347.

Capítulo 380

EL TÉCNICO DE RAYOS EN RADIOLOGÍA CON PACIENTES EN EDAD INFANTIL

MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ

MARÍA CEBRIÁN DÍAZ

PILAR CALLEJA BUZÓN

MERCEDES NAVARRO GARRIDO

ANA ROSA PALACIOS ROZALEN

1 Introducción

El Departamento de Radiología Pediátrica se dedica al estudio e imagenología de las enfermedades congénitas y adquiridas del feto, recién nacido, lactante, escolar y adolescente. La patología en los niños suele ser diferente a la de los adultos, y cuando son similares, la presentación clínica, el pronóstico y el tratamiento también son diferentes. Si bien el uso de métodos de imagen para apoyar el diagnóstico se utiliza para el resto de la radiología, la radiología pediátrica la utiliza como factor diferenciador en el estudio de las personas en desarrollo, por lo que su conocimiento la acerca a la pediatría y profundiza en los fundamentos de la ciencia, prestando especial atención a los cambios congénitos desde el origen. Por lo general, los niños que vienen a hacerse unas radiografías suelen ir acompañados de al menos uno de los padres o cuidador. Cuando el niño entre en la habitación, debe presentarse y dirigirse al niño:

- Preséntate como un técnico de rayos x que tiene que trabajar con niños.
- Encuentra la información que el médico a cargo le da al niño ya sus padres.
- El orden en que se explica a los niños ya sus padres lo que se debe hacer y lo que se debe hacer.

2 Objetivos

Objetivos principales del capítulo actual:
- Conocer la radiología en pacientes pediátricos y las diferentes etapas infantiles por parte del equipo de técnicos de rayos

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 importante saber y de tener en cuenta la protección radiológica de los pacientes, especialmente los niños, que son más sensibles a la radiación y sus posibles efectos. Los niños tienen un riesgo de 4 a 6 veces mayor de complicaciones que los adultos porque los niños debido al desarrollo tienen más células sensibles a la radiación que los adultos, pueden estar expuestos repetidamente a la radiación debido a su menor edad y las dosis recibidas se acumulan, la ignorancia y el miedo a las pruebas puede conducir a repeticiones innecesarias. Además, los niños son los portadores del material genético de la descendencia. El principal objetivo de la radiología pediátrica es obtener imágenes diagnósticas de alta calidad cumpliendo los criterios ALARA (lo más bajo posible): la dosis debe ser siempre la más baja posible. Se deben seguir las siguientes pautas para todos los exámenes radiológicos:
- El examen debe ser razonable. - Elegir la técnica adecuada para evitar repeticiones innecesarias. - Inmoviliza bien al paciente. - Colimación para limitar la exposición a las áreas de interés. - Proteja el resto del cuerpo y las zonas sensibles

a la radiación con pantallas de plomo adecuadas al tamaño del paciente. - Utilice un sistema de rayos X rápido. - Utilizar tecnología que absorba menos radiación: bajo más y alto Kvp. - No utilices bucky, salvo excepciones. Etapa infantil:
- Bebés prematuros: el mayor riesgo para estos pacientes es la hipotermia, que además puede empeorar otras condiciones existentes. En este caso, si el paciente va a ser trasladado a la sala de rayos X, debe hacerse en una incubadora, y el tiempo alejado del niño debe ser lo más breve posible. Estos pacientes generalmente no requieren inmovilización y se utilizarán técnicas suaves como sacos de arena o cinta si es necesario. - Bebés pequeños: Los niños entre las edades de 6 meses y 2 años generalmente responden a la radiología llorando. En tal situación, un padre o familiar que esté con el niño nos ayudará a distraerlo o calmarlo, ya que serán lo más cómodo para el niño. A veces puede ser necesario sacar al niño de la habitación para calmarlo. - Infantes menores de 3 años: Estos niños ya tienen poca comprensión y casi siempre asocian la investigación con el dolor, lo que provocará un aumento del llanto 1922 si intentan separarlos de sus padres e inmovilizarlos. Es necesario acercarse a ellos con calma, sonreír y tal vez hablarles suavemente con un juguete para que no tengan miedo. Como resultado, la posición del paciente y el tipo de inmovilización son los que más se benefician de la realización de la prueba. La colocación y la fijación son dos conceptos complementarios. Cuando el niño está en buena posición, se puede inmovilizar. La inmovilización es un método de protección radiológica para niños, porque si el paciente se mueve, interfiere con otras medidas que pueden reducir la dosis: duplicación por movimiento, pérdida del centro de radiación, posición incorrecta del colimador, blindaje del cable. La colocación debe ser precisa, independientemente de si el niño coopera o no. Con una buena fijación obtenemos:
- El niño no se mueve. - El centro de luz es hermoso. - La colimación es correcta.
- Los protectores con protectores de gónadas también están bien posicionados y son funcionales. Para la fijación se pueden utilizar sacos de arena, cintas de velcro, láminas, láminas de espuma, guantes de plomo, bolsas de suero, cintas, etc. La inmovilización debe ser firme desde el principio y mantener al niño en una posición cómoda en la que no pueda moverse. Si el niño no coopera, los padres deben inmovilizarlo y protegerlo con delantales de plomo si permanece en la sala de examen.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la rapidez con la que se obtienen imágenes de rayos x, es muy útil para casos de diagnóstico y tratamiento en urgencias

Otro de los grandes beneficios es que no queda radiación alguna en el cuerpo después de la prueba.

En cuanto a los riesgos, en los niños existe un riesgo muy pequeño de Cáncer en los casos en los que son expuestos de forma excesiva.
Un buen procedimiento en la inmovilización, centraje, colimación y colaboración del niño, conseguiremos evitar repetir otras radiografías por movimiento del paciente y así cumplir con el principio ALARA.

El buen trabajo y la rapidez del técnico es indispensable para este tipo de pruebas para evitar tener al niño en la sala de rayos X, ya que se ponen nerviosos o tienen miedo a lo desconocido.

6 Bibliografía

1. https://medicina.uc.cl/
2. http://scielo.isciii.es/
3. https://www.carestream.com

Capítulo 381

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA RADIOGRAFÍA (RX) DE TÓRAX COMO PROTOCOLO ANTES DE OPERAR

MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ

MARÍA CEBRIÁN DÍAZ

PILAR CALLEJA BUZÓN

MERCEDES NAVARRO GARRIDO

ANA ROSA PALACIOS ROZALEN

1 Introducción

La radiografía de tórax, RX de tórax, es el examen de imagen por el diagnóstico más utilizado en los centros sanitarios, es una imagen muy completa que nos aporta información sobre el corazón, pulmones y vías respiratorias, vasos sanguíneos y los huesos que conforman la caja torácica.
Las radiografías de tórax se utilizan como una de las pruebas básicas junto con los electrocardiogramas (ECG) y pruebas serológicas, estudios de riñón, como protocolo previo a una cirugía general, preoperatorio el cual suele comenzar a hacerse entre un mes y unas semanas antes de la operación.
Es una prueba importante que hace que los expertos y profesionales se aseguren de que estamos correctamente para someternos a esa intervención y que no corremos ningún riesgo.

Muchos hospitales utilizan este estudio en todos los pacientes que se someten a cirugías con anestesias generales o raquídeas sin tener en cuenta sus patologías de base, su edad o algún otro factor que contenga su historial clínico y que pueda ser importante y deba tenerse en cuenta antes de la operación, ya que no en todos los casos es de vital importancia incluir la prueba de diagnóstico por la imagen si no todo lo contrario puede ser algo que no es del todo beneficioso para el paciente y que puede evitarse.
A lo largo de este capítulo desarrollaré en qué pacientes puede ser beneficioso y pueda aportar información previa necesaria y en qué pacientes no.

2 Objetivos

Conocer y diferenciar en qué situaciones y en qué tipo de pacientes es necesaria e informativa la radiografía de tórax como prueba preoperatoria

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 e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Como resultados a esta búsqueda se ha observado que el conjunto de pruebas que forman el examen preoperatorio es muy importante en todos los casos clínicos antes de una cirugía, ya que nos aporta información previa a la intervención acerca del estado de salud del paciente lo que hará que tanto la anestesia como la posterior cirugía tengan un resultado óptimo en el paciente.
Como resultado de la búsqueda realizada en diferentes fuentes, consultando casos clínicos en particular y también de manera genérica, se puede observar que la RX de tórax preoperatoria puede servirnos de utilidad en algunos casos de ciertos pacientes, pero no en todos, puesto que a nivel científico general se observa que la realización de esta radiografía en pacientes sin sintomatología previa o sin patologías crónicas no supone una mejoría en su caso clínico.

De esta manera y conforme a la información recopilada se pueden diferenciar los casos en los que sí sería de valor informativo hacer este examen.
Según las características fisiológicas del paciente se observa que aporta información que puede ser relevante en personas que, por ejemplo, cursen con alguna patología cardio-respiratoria de base, enfermedad crónica respiratoria o cardiaca, o tengan ciertos síntomas que nos puedan hacer sospechar que existe alguna anomalía a nivel torácico bien sea cardiaca o respiratoria, también en pacientes con problemas de tabaquismo, o que tengan una edad igual o superior a los 70 años.
Por lo que idealmente quedarían excluidos aquellos pacientes que no tuviesen ningún síntoma ni nada de lo anteriormente mencionado. Además de las anteriormente mencionadas, también puede servir de interés si la cirugía a la que se va a someter ese paciente se sitúa en la zona torácica.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, se hace de vital importancia estudiar previamente al inicio de este estudio preoperatorio la historia clínica de cada paciente para conocer sus características y antecedentes y así poder saber diferenciar el tipo de estudio preoperatorio a realizar y llevarlo a cabo de una manera individualizada y según las características de cada persona.
Además de esto, pese a que la radiografías de tórax no contienen una dosis de radiación muy elevada, esta sí se puede ir acumulando en el organismo del paciente lo que hace más importante aún que esta prueba se realice solo en casos que lo requieran.

6 Bibliografía

1. Garcia, A. P., Pastorio, K. A., Nunes, R. L., Locks, G. F., & Almeida, M. C. S. D. (2014). Indicación de exámenes preoperatorios según criterios clínicos: necesidad de supervisión. Revista Brasileira de Anestesiologia, 64(1), 54-61.
2. García Miguel, F. J., García Caballero, J., & Gómez de Caso Canto, J. A. (2002). Indicaciones de la radiografía de tórax para la valoración preoperatoria en cirugía programada. Rev. esp. anestesiol. reanim, 80-88.

Capítulo 382

RADIOLOGÍA SIMPLE CON PACIENTES PEDIÁTRICOS

LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ

REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una prueba radiológica simple es normalmente la más utilizada en urgencias y emergencias, sobre todo con pacientes pediátricos.

Es capaz de mostrarnos con mayor rapidez que otras pruebas radiológicas (como el tac, pet-tac, etc.), el resultado de la zona examinada.

Consiste en emitir una baja dosis de radiación (rayos x) en el lugar que se quiere estudiar, emitiendo una imagen de la zona interna del cuerpo, la cual dependiendo de su densidad tiene distintas tonalidades, pasando del color negro o un color más oscuro (para zonas predominantes de aire), colores grises para identificar músculos, grasa y líquidos y por último aparecerán de una tonalidad muy intensa y clara los metales y medios de contraste.

Esta técnica es indolora, por lo que es bastante recurrente su utilización en niños y niñas que sufren algún tipo de emergencia como traumatismos, caídas en los que se sospecha de un daño óseo, principalmente.

Es el facultativo el que solicita la radiografía y el técnico en radiodiagnóstico es el encargado de realizarla, cumpliendo todos los requisitos de seguridad tanto para el paciente como para él mismo y asegurándose de que la imagen final sea

de calidad y pueda ser útil para el diagnóstico de cualquier enfermedad, rotura o patología.

2 Objetivos

Dar a conocer la técnica de radiología simple en pacientes pediátricos en situaciones de urgencia y emergencia, y cómo se debe actuar y llevar a cabo una labor sanitaria de calidad.

3 Metodología

Revisiones bibliográficas.
Se consultaron diversos artículos en los buscadores y en bases de datos: Dialnet, Índice Médico Español, Pubmed, y Google Académico.
Se han excluido todos los que repetían datos y también los que para su acceso requerían de realizar una suscripción o un pago.

4 Resultados

Los pacientes que se atienden en una unidad de radiología pediátrica tienen diversos factores:
Todos son niños, pero su tamaño y peso puede variar considerablemente, desde prematuros (400 gramos) hasta en ocasiones infantes con sobrepeso (140 kg).

Con estas variaciones el técnico en radiodiagnóstico debe ser consciente de que se debe adaptar al paciente, a la región a estudiar, a la orientación del diagnóstico, y al equipo.

En urgencias, sobre todo, tenemos que tener empatía con el paciente, haciendo énfasis en los niños.
Como norma general tenemos que asegurarnos de cumplir con la protección radiológica adecuada, tanto para nosotros como para el infante.
Colocando protectores gonadales si no interfieren en la toma de imágenes, así como protectores tiroideos también.
En niñas en edad de menstruar, se debe asegurar primero que no están embarazadas.

Tranquilizar y calmar al paciente pediátrico, de forma que esté lo más quieto posible para que no se produzcan movimientos que den lugar a errores en la imagen.

Si es necesario, pueden aplicarse métodos de contención mecánica, sobre todo en bebés y pacientes más pequeños.
También podemos poner cuñas, almohadas o cualquier tipo de material homologado que permitan la comodidad, el paciente y no interfiera en la zona a explorar.

En este caso debemos de colaborar todo el personal sanitario y hacer equipo, tanto celadores, como Tcaes, radiólogos, etc., para obtener en el menor tiempo posible la imagen o imágenes que necesitamos y conseguirlas con una calidad óptima.

El técnico coloca al infante en la camilla, el cual puede estar acompañado por un familiar colaborador, que llevará a su vez el delantal plomado.

Desde la consola de control el técnico activará y realizará la prueba.

Cuando la prueba finaliza, el paciente permanecerá en la sala mientras la imagen es procesada, así comprobaremos que está todo correcto y no se necesita repetir.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante cumplir con el principio ALARA.

Es de vital importancia el proceder, colimar, centrar e inmovilizar con la colaboración del paciente y si lo hubiera, también con la del familiar, para conseguir evitar repeticiones y en consecuencia sobre exposición a las radiaciones ionizantes del niño.

Se necesita una buena práctica de todo el personal sanitario y rapidez, ya que es indispensable que los niños estén en la sala de rayos x el menor tiempo posible, ya que suelen presentar nervios y miedo a la situación, que para ellos es generalmente desconocida.

En casos de urgencia y emergencia puede ser necesario el requerimiento de sedación o medicación.

6 Bibliografía

1- M.G. Gayarre. Manual de Radiología Clínica. Ed. Harcourt, 2ª edición.,2002

2- P.Fleckenstein, J. Tranum-Jensen. Bases anatómicas del diagnóstico por imagen. Ed. MosbyDoyma,1995

Capítulo 383

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LOS AVANCES TECNOLÓGICOS

VERÓNICA OCAÑA PARADA

IRENE GIRÓN CANO

GONZALO VÁZQUEZ QUILES

ANA MARIA PERTA HOGNOGIU

JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO

1 Introducción

Empezamos destacando la importancia de Los avances tecnológicos que son importantes aliados en los laboratorios porque facilitan el trabajo de los técnicos de laboratorio y demás personal y ayudan a reducir los errores. Cada día, estos dispositivos hacen más trabajo que antes se tenía que hacer manualmente, lo que reduce mucho el trabajo de los técnicos que solo necesitan verificar que el dispositivo funcione bien. Estos laboratorios trabajan en estrecha colaboración con la industria IVD, que no es solo un proveedor de productos y servicios; más bien, sirve como un aliado estratégico que ayuda a mejorar la eficiencia de los laboratorios clínicos en beneficio de los pacientes. La automatización implica tanto la optimización de recursos como la liberación de tiempo de los profesionales para que se concentren en tareas que crean valor. El objetivo final es emprender un viaje compartido a través de una variedad de herramientas de gestión que pueden ayudar a estos profesionales a lograr sus objetivos, con un enfoque especial en

los intereses de los pacientes, por lo que el progreso es tan importante. También debe tenerse en cuenta que estas tecnologías suelen ser costosas, por lo que debe concentrarse en limpiar y mantener cada dispositivo de acuerdo con el manual para que dure más.

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

La función del técnico de laboratorio en los laboratorios clínico es bastante compleja y a la vez excepcional, ya que gracias a sus avances tanto de los profesionales como de las maquinarias que poseen se puede, cada vez mas, acercar antes a diagnósticos, que hace años atrás parecía inviable.
El técnico de laboratorio 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 acor-

tamiento 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

Concluimos destacando de este capítulo que 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/
desarrollotecnologico-laboratorios-clinicos

Capítulo 384

TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL DESARROLLO DEL ANÁLISIS LEUCOCITARIO

VERÓNICA OCAÑA PARADA

IRENE GIRÓN CANO

GONZALO VÁZQUEZ QUILES

ANA MARIA PERTA HOGNOGIU

JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO

1 Introducción

Los leucocitos o glóbulos blancos son las células sanguíneas encargadas de determinar los agentes extraños presentes en el organismo y eliminarlos. Son fundamentales en la reacción inflamatoria y en la lucha contra la infección.
La cantidad que encontramos en la circulación sanguínea en un adulto es de unos 7000/mm3, y continuamente se están renovando. Hay dos grandes grupos de leucocitos dependiendo de si contienen gránulos en su citoplasma o no, granulocitos y agranulocitos:
- Granulocitos (polimorfonucleares): sus núcleos son multilobulados y presentan gránulos en su citoplasma, que según estos se clasifican en neutrófilos, eosinófilos y basófilos.

- Agranulocitos (mononucleares): no presentan gránulos en su citoplasma, se dividen en monocitos y linfocitos.

Cada tipo de leucocito tiene una función distinta, a pesar de que todos contribuyen a la defensa del organismo. Los neutrófilos y monocitos fagocitarán microorganismos, los linfocitos se encargan de la inmunidad específica del organismo, y los eosinófilos y basófilos aumentarán en el caso de las reacciones alérgicas.

Para estudiar las alteraciones tanto cuantitativas como cualitativas de una muestra de sangre periférica se utiliza el leucograma. De forma cuantitativa se analizará la cantidad total de leucocitos y la cantidad de cada uno de los tipos existentes en la muestra (recuento diferencial). Y de forma cualitativa se procederá al estudio de la morfología leucocitaria.

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de leucocitos que existen en nuestro organismo y que podemos observar a través de extensiones sanguíneas realizadas por el Técnico Especialista de Laboratorio.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo realizamos una revisión bibliográfica de los artículos científicos publicados recientemente en castellano. Utilizamos para ello las bases de datos Dialnet, Medline, Scielo, y Pubmed. Nuestras palabras clave son: recuento leucocitario, leucocitos, análisis, morfología, determinación y glóbulos blancos.

4 Resultados

Al realizar un recuento total de leucocitos debemos tener en cuenta que puede variar con la edad, raza y género, así hablaremos de leucocitosis y leucopenia:

- Leucocitosis: determina un aumento del número total de leucocitos teniendo en cuenta la edad, raza y estado fisiológico del paciente. Principalmente, se debe al aumento de los neutrófilos, aunque también se puede dar el caso del aumento de los monocitos, linfocitos o eosinófilos, o deberse al aumento de células inmaduras (como en el caso de las leucemias).

- Leucopenia: determina la disminución del número total de leucocitos teniendo en cuenta la edad, raza y estado fisiológico del paciente. Se debe en este caso a la disminución de neutrófilos, aunque también pueden disminuir los linfocitos, o los dos.

Para el recuento diferencial dividimos entre los granulocitos y los agranulocitos.

Granulocitos:

Son los que presentan gránulos específicos, neutrófilos, eosinófilos y basófilos.

Están cargados de lisosomas y enzimas hidrosolubles necesarias para la digestión por fagocitosis.

- Neutrófilos: representan el 60 % del total de leucocitos que circulan por nuestro organismo. Podemos observar dos tipos:

1. Abastonados: su núcleo condensado puede presentar una o dos constricciones. Su citoplasma tendrá gránulos específicos e inespecíficos.

2. Segmentados: su núcleo está más condensado aún y estará formado por varios lóbulos, unidos mediante puentes de cromatina. Su citoplasma tiene muchos gránulos.

Su presencia en mayor cantidad a lo esperado para la edad, género, origen étnico o estado fisiológico se denomina neutrofilia, y si su presencia es menor de lo que correspondería se denomina neutropenia.

Los neutrófilos pueden presentar ciertas alteraciones como son:

- Palillo de tambor: apéndice que determina el sexo del paciente, se da en las mujeres.
- Cuerpos de Dohle: son áreas del citoplasma teñidas en azul, se dan en infecciones, sobre todo en neumonías.
- Granulaciones tóxicas: gránulos basófilos más oscuros de lo habitual, se observan principalmente en infecciones severas y estadios tóxicos.
- Vacuolas tóxicas: están en el citoplasma en infecciones severas y estadios tóxicos.
- Desviación a la izquierda: indica un aumento de formas inmaduras de neutrófilos. Se da en intoxicaciones e infecciones.
- Desviación a la derecha: cuando se produce una hipersegmentación nuclear, con más de cinco lobulaciones. Se da en la leucemia mieloide, anemia perniciosa y alteraciones hepáticas, entre otras.
- Polisegmentación: cuando presentan cinco o más lobulaciones. Se da en anemias por déficit de vitamina B12 y ácido fólico y síndrome de Down.

Eosinófilos: representan en 2 % del total de leucocitos circulantes. Una vez producidos en la médula ósea quedan almacenados unas horas antes de emigrar a las zonas donde se les necesita, principalmente sistema respiratorio, digestivo

y la piel. Son células fagocíticas, fundamentales en el caso de infecciones por helmintos. Son mayores que los neutrófilos, su núcleo es bilobulado, y presentan granulaciones de color naranja o marrón en su citoplasma. Se observarán en mayor cantidad (eosinofilia) en casos de reacciones alérgicas, infecciones parasitarias, neoplasias o enfermedades cutáneas. Si se da una disminución de sus valores conforme a lo que correspondería se dará eosinopenia, como en el caso del síndrome de Down.

Basófilos: Constituyen el 0,5 % del total de leucocitos, presentan gránulos de color azul oscuro que ocupan toda la célula madura. El núcleo a veces no se observa por la cantidad de gránulos con histamina y heparina. Al contacto con el alérgeno secretan sus gránulos, liberando la histamina, lo que producirá la reacción de hipersensibilidad causante de la rinitis alérgica, o incluso asma, urticaria o anafilaxia. Se produce un aumento en los casos de leucemia por basófilos (basofilia), en cambio, se dará basopenia (disminución de su cantidad) en la ovulación.

Agranulocitos:

No presentan gránulos en su citoplasma, hay dos tipos: linfocitos y monocitos.

Linfocitos: corresponden al 30 % del total de leucocitos. Son los encargados de la inmunidad adquirida o específica. Presentan diapédesis, capacidad de atravesar la pared capilar mediante movimientos ameboidales y pasar a los tejidos, y quimiotaxis, es decir, son atraídos hacia los lugares donde hay inflamación de los tejidos. Hay dos tipos: linfocitos T y linfocitos B, el 80 % de los linfocitos serán T.

- Linfocitos B: maduran en la médula ósea, tienen una vida muy corta, de unas pocas horas. Presentan inmunoglobulinas como receptores de superficie, y una vez activados por el antígeno se transforman en células plasmáticas, que producirán y secretarán los anticuerpos específicos.
- Linfocitos T: maduran en el timo, su vida media es de unos 200 días. Todos presentan en su superficie el marcador CD3. Hay dos subtipos:

Linfocitos T colaboradores o auxiliares, presentan además el marcador CD4.

Linfocitos T citotóxicos, que presentan además el marcador CD8.

- Monocitos: representan el 5,3 % del total de leucocitos circulantes y son los de mayor tamaño. Su núcleo tiene forma arriñonada, se originan en la médula ósea, permanecerán ahí unas 24 horas y después van al torrente sanguíneo, donde estarán 2 días antes de pasar a los tejidos, dando lugar a los macrófagos, que tienen capacidad fagocítica. Junto con los neutrófilos son los primeros que actúan frente a los microorganismos. Su presencia es elevada (monocitosis) en casos de tuberculosis, sarampión, rubéola y endocarditis bacteriana, entre otras. En cambio, se dará monocitopenia en pacientes que reciben como tratamiento corticoesteroides

y que presentan infecciones agudas.

5 Discusión-Conclusión

En el análisis de una muestra de sangre el recuento leucocitario es muy importante para la determinación y diagnóstico de muchas enfermedades. Para realizarlo a lo largo de los años se ha producido un gran avance en el desarrollo de los autoanalizadores, con un coeficiente de variación, o inexactitud de entre el 1 y el 3%, mientras que el recuento manual conlleva una inexactitud de entre el 6,5 y el 15 %.
A pesar de estos datos, se sigue considerando el recuento y análisis manual a través de una extensión sanguínea como fundamental a la hora del diagnóstico hematológico de muchas enfermedades. Para ello se hace necesario hacer muy buenas extensiones de sangre periférica, cumplir estrictamente los protocolos establecidos para realizar el recuento, y que los Técnicos Especialistas de Laboratorio tengan la capacidad de identificar todas las células normales y principalmente las células anormales.

6 Bibliografía

1. Campuzano Maya G, La Clínica y el Laboratorio. Utilidad del extendido de sangre periférica: los leucocitos. Medicina & Laboratorio, Volumen 14, Números 9-10, 2008. Universidad de Antioquia.
2. Reiriz Palacios J. Sistema inmune y la sangre. Colegio Oficial de enfermeras y enfermeros Barcelona.
3. Muñoz Zambrano M, Morón Cortijo C. Manual de procedimientos de laboratorio en técnicas básicas de hematología. Instituto Nacional de Salud. Perú. 2005.
4. García Hernández A.M., Jarque Ramos I. Pregrado Hematología. 4ª edición. Cap. 10. Leucocitos. Patología de los granulocitos. Agranulocitosis. Sociedad Española de Hematología y Hematoterapia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. 2017.

Capítulo 385

PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES COVID-19 A TRAVÉS DE LA RADIOGRAFIA DE TÓRAX EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

YOLANDA FERNÁNDEZ BUSTO

1 Introducción

El diagnóstico de los pacientes COVID-19 a veces es un desafío para los médicos, ya que a menudo incluyen síntomas inespecíficos como fiebre, tos seca y disnea, similares a otras enfermedades respiratorias. Hoy en día, la mayoría de los pacientes con COVID-19 positivo tienen un curso leve, en cambio otra proporción de pacientes muestra un rápido deterioro desde el inicio de los síntomas hasta convertirse en una enfermedad grave con o sin síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Para su diagnóstico, las imágenes se han convertido en una herramienta complementaria valiosa para descartar la enfermedad en pacientes. La elección de utilizar la radiografía de tórax o la tomografía computarizada como modalidad de imagen de primera línea para la valoración de COVID-19 depende de diferentes factores como los recursos sanitarios y experiencia, entre otros. La radiografía de tórax es menos sensible que la tomografía computarizada, especialmente al inicio de la enfermedad, pero está ampliamente disponible y es relativamente más económica, además de que permite agilizar el manejo de los pacientes en el servicio de urgencias o en la unidad de cuidados intensivos, además que se puede realizar al lado de la cama del paciente cuando presenta inestabilidad hemodinámica o la situación lo requiere.

2 Objetivos

Objetivo principal: Conocer la utilidad de la radiografía de tórax en pacientes diagnosticados de COVID-19 en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de la presente comunicación se realizó una revisión bibliográfica en la principal base de datos Pubmed. Las palabras clave utilizadas fueron "chest X-ray" and "covid-19" and "emergency service" junto con el operador booleano "AND". Tras aplicar las palabras clave anteriormente citadas se obtuvieron 155 artículos, de los cuales tras una lectura crítica se seleccionaron 4 artículos por su relación con los objetivos a tratar y su acceso al texto completo.

4 Resultados

La pandemia de COVID-19 en curso ha resaltado la necesidad de estrategias de diagnóstico y pronostico rápidos para optimizar el manejo de los pacientes, especialmente cuando la disponibilidad de recursos de atención crítica está limitada o saturada. La radiografía de tórax es una herramienta esencial para la evaluación de anomalías pulmonares en el servicio de urgencias. Sus principales ventajas anteriormente comentadas son la amplia disponibilidad, la rápida ejecución y la adquisición en la cama del paciente. Según los estudios, la gran mayoría de pacientes diagnosticados de COVID-19 tenían signos de neumonía en la radiografía, encontrando que una mayor puntuación de Brixia y afectación pulmonar, mayor edad, enfermedades cardiovasculares subyacentes y menor Pa02/FiO2, fueron predictores significativos de muerte. Los principales predictores de la necesidad de soporte ventilatorio, resultaron ser un mayor porcentaje de afectación pulmonar en la radiografía de tórax, la presencia de patologías reumáticas y valores más bajos de relación Sp02 y PaO 2 / FiO 2. Sin embargo, de acuerdo con hallazgos previos que se analizaron, los parámetros de hipertensión, obesidad, diabetes no siguieron siendo predictores significativos de mortalidad en el análisis multivariante actualmente. Por otro lado se encontró una correlación directa significativa entre la puntuación de gravedad de la radiografía de tórax y los niveles sanguíneos de LDH y PCR. Además, las imágenes radiológicas mostraron una correlación inversa significativa, con SPO 2 confirmando que esta puntuación representa un buen indicador de la función respiratoria. También se encontró

que la relación PaO 2 /FiO 2 era un predictor significativo de muerte y la necesidad de soporte ventilatorio, mientras que la SpO 2 era un predictor significativo de la necesidad de soporte ventilatorio solamente, brindando evidencia adicional que respalda la relación PaO 2 /FiO 2 como un parámetro crítico para evaluar la gravedad de la enfermedad en pacientes con síntomas respiratorios graves debido a COVID-19.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiografía de tórax es una herramienta útil, reproducible y de fácil acceso para evaluar la enfermedad de COVID-19 en los pacientes de urgencias. En este servicio, donde hay gran demanda asistencial y lo primordial es el tiempo, la radiografía junto con el historial del paciente, la saturación de oxígeno y los valores de la relación PaO 2 / FiO 2 puede ayudar a identificar pacientes en riesgo de muerte o que pueden precisar soporte ventilatorio de un momento a otro, lo que permite optimizar el manejo clínico y ofrecer una asistencia de calidad. Además que las radiografías permiten monitorizar la evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Balbi M, Caroli A, Corsi A, Milanese G, Surace A, Di Marco F, Novelli L, Silva M, Lorini FL, Duca A, Cosentini R, Sverzellati N, Bonaffini PA, Sironi S. Chest X-ray for predicting mortality and the need for ventilatory support in COVID-19 patients presenting to the emergency department. Eur Radiol. 2021 Apr;31(4):1999-2012
- Maroldi R, Rondi P, Agazzi GM, Ravanelli M, Borghesi A, Farina D. Which role for chest x-ray score in predicting the outcome in COVID-19 pneumonia? Eur Radiol. 2021 Jun;31(6):4016-4022.
- Orsi MA, Oliva G, Toluian T, Valenti Pittino C, Panzeri M, Cellina M. Feasibility, Reproducibility, and Clinical Validity of a Quantitative Chest X-Ray Assessment for COVID-19. Am J Trop Med Hyg. 2020 Aug;103(2):822-827.

Capítulo 386

CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE EMBARAZADA MEDIANTE ECOGRAFÍA

YOLANDA FERNÁNDEZ BUSTO

1 Introducción

La apendicitis aguda durante el embarazo es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en el mundo, con una incidencia de 1 en 500-2000 embarazos. El diagnóstico correcto durante el embarazo es un gran desafío, ya que los síntomas pueden variar en función del trimestre. El correcto diagnosticó es primordial para evitar así la perforación del apéndice. La sintomatología se caracteriza por dolor abdominal agudo que se inicia en el epigastrio o región periumbilical y que posteriormente irradia a la fosa iliaca derecha, asociado con frecuencia a fiebre, vómitos y taquicardia. Estos síntomas pueden no aparecer con tanta intensidad en las mujeres embarazadas, debido a los cambios anatómicos durante el embarazo, como el crecimiento uterino, el cual hace que el epiplón, el intestino delgado y la pared abdominal se desplacen y se alejan del apéndice cecal. Además la ubicación del apéndice varía de acuerdo con el trimestre de gestación. Durante el primer trimestre el apéndice tiene un desplazamiento cefálico sobre el punto de McBurney, siendo más acentuada hasta el octavo mes, donde se ubicará en el 80 % de las ocasiones en la región subcostal derecha. Este desplazamiento puede causar un retraso diagnóstico y con ello un aumento en la frecuencia de perforación.

2 Objetivos

Objetivo principal: Reportar un caso de apendicitis aguda en mujer embarazada de 28 semanas y describir su abordaje diagnóstico haciendo énfasis en la utilidad del ecógrafo.

3 Caso clínico

Mujer de 33 años, gestante de 28 semanas, primípara, que acude a urgencias refiriendo malestar general, náuseas y dolor en región periumbilical irradiado a fosa iliaca derecha, con una intensidad de 8 de 12 horas de evolución. La paciente refiere haber tomado paracetamol, sin apenas mejoría. Niega cefalea, sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico. No antecedentes de enfermedades importantes. TA 124/78 FC 88 lpm Sat 99%, T 37,5 ℃. Al examen físico se encuentra abdomen globuloso, doloroso a la palpación profunda en fosas iliacas derecha, hipogastrio y epigastrio. Se encuentra punto de Mc Burney doloroso, signo de Blumberg positivo y puño percusión lumbar ausente. Analítica: hemograma con leucocitos (13,35 000/ mm3), segmentados 87,8%, bandas 0%, hematocrito de 31,3%. Examen de orina con leucocitos 50 - 70 x campo, hematíes 15 - 18 x campo, cetona positivo 1+, nitritos negativos. Urea y creatinina sanguínea en 12 mg/ dl y 0,56 g/dl, respectivamente. Desde urgencias la derivaron al servicio de ginecología, donde se descartó que se tratara de una afección obstétrica. ESTUDIOS DE IMAGEN: Se realizó una ecografía fetal para confirmar el estado fetal y descartar apendicitis. En la ecografía se observa la existencia de un único feto, vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minutos, con edad gestacional correspondiente a las 28 semanas. Además se observa una imagen tubular, localizada en la fosa iliaca derecha, correspondiente con el apéndice cecal, con un diámetro transverso mayor de 9 mm, no compresible con el medio transductor del ecógrafo y una pared engrosada mayor de 2 mm. Además se observó pérdida de la continuidad de la mucosa y aumento de la vascularización en el Doppler con color correspondiente con líquido dentro de la luz apendicular. Todos estos hallazgos ecográficos junto a la exploración física, compatibles con la apendicitis aguda.

4 Discusión-Conclusión

El método inicial de elección para obtener imágenes del apéndice en el embarazo actualmente es la ecografía. El principal hallazgo es la identificación de una es-

tructura tubular incompresible de extremos ciegos en el cuadrante inferior derecho, con un diámetro máximo superior a 6 mm. Por otro lado la resonancia magnética nuclear (RMN) es un método excelente para excluir la apendicitis aguda en mujeres embarazadas cuando el examen clínico y la ecografía no son concluyentes. La resonancia magnética es una alternativa atractiva a la tomografía computarizada (TC), evitando así la exposición a la radiación ionizante. El TC está indicado cuando los hallazgos clínicos y las imágenes de la ecografía no son concluyentes y no se dispone de RM, previamente valorando riesgo beneficio de la madre y del feto. En la mujer gestante, el diagnóstico diferencial se amplía por las complicaciones propias de la gestación y la modificación del cuadro clínico por los cambios anatofisiológicos que conlleva el embarazo. El diagnóstico diferencial más frecuente es la pielonefritis, ya que en muchas ocasiones por la sintomatología similar y la no realización de estudios de imagen se puede tratar por pielonefritis, por lo que se retrasa el verdadero diagnóstico de apendicitis. En la segunda mitad del embarazo, la preeclampsia y el síndrome HELLP pueden estar asociados con náuseas, vómitos y dolor abdominal, pero a diferencia de la apendicitis, el dolor suele estar en el cuadrante superior derecho o epigástrico; la hipertensión suele estar presente y la fiebre y la leucocitosis son atípicas. El desprendimiento prematuro de la placenta y la ruptura uterina se asocian con dolor abdominal inferior medio o lateral. A diferencia de la apendicitis, ambos diagnósticos a menudo se asocian con sangrado vaginal, cambios en la frecuencia cardíaca fetal y aumento significativo del tono uterino.

5 Bibliografía

- Kave M, Parooie F, Salarzaei M. Pregnancy and appendicitis: a systematic review and meta-analysis on the clinical use of MRI in diagnosis of appendicitis in pregnant women. World J Emerg Surg. 2019 Jul 22;14:37
- Tinoco-González J, Rubio-Manzanares-Dorado M, Senent-Boza A, Durán-Muñoz-Cruzado V, Tallón-Aguilar L, Pareja-Ciuró F, Padillo-Ruíz J. Acute appendicitis during pregnancy: differences in clinical presentation, management, and outcome. Emergencias. 2018 Ago;30(4):261-264.
- Franca Neto AH, Amorim MM, Nóbrega BM. Acute appendicitis in pregnancy: literature review. Rev Assoc Med Bras (1992). 2015 Mar-Apr;61(2):170-7.
- Akın T, Birben B, Akkurt G, Karaca O, Dönmez M, Er S, Tez M. Acute Appendicitis During Pregnancy: A Case Series of 42 Pregnant Women. Cureus. 2021 Aug 31;13(8):e17627.

Capítulo 387

EL TRABAJADOR SOCIAL: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

1 Introducción

Dado que la detección de este tipo de violencia, el personal sanitario y el Trabajador Social en particular son de las pocas personas fuera del ámbito personal y familiar a los que la víctima pueda pedir ayuda.
Esto supone una alta responsabilidad, dado que el trabajador social deberá tener la capacidad de detectar cualquier problema relacionado con este tipo de violencia y deberá intervenir en aquellos casos en los que fuera necesario.
Considerando el hecho de que, las mujeres víctimas de violencia de género acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios que aquellas que no padecen este tipo de violencia; podemos concluir que el ámbito hospitalario es un lugar al que el Trabajador Social deberá prestar suma atención para abordar cualquier tipo de caso de maltrato a la mujer por parte de su pareja o expareja.
En este capítulo vamos a explicar la función del trabajador social en el protocolo de intervención de violencia de género en el ámbito sanitario, sobre todo en el hospitalario, por el sistema de emergencia.

El ámbito hospitalario es un instrumento de vital importancia en la lucha contra la violencia de género ejercida sobre la mujer por parte de su pareja o compañero íntimo.

2 Objetivos

Explicar de forma concisa y breve las principales funciones del Trabajador Social para realizar una intervención eficaz ante este tipo de situaciones.

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.

4 Resultados

El protocolo que está implantado en el sespa es una revisión del vigente desde 2003, adecuándolo a las previsiones de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Este Protocolo constituye además uno de los componentes del Protocolo Interdepartamental.
Ante cualquier situación acontecida en el ámbito hospitalario que pueda evidenciar un caso de violencia de género, el Trabajador Social deberá seguir una serie de pasos principales:
1. Sospechar.
Prestar atención a cualquier síntoma que pueda evidenciar existencia de maltrato. Mantenerse alerta ante solicitudes que puedan ser una petición de ayuda no expresa. Mantener la privacidad del paciente, así como Documentarlo en su historial.
2. Identificar.
Realizar preguntas de forma no valorativa, con regularidad y de forma rutinaria. Ser flexible y preguntar de forma directa.
3. Evaluar.
Se deberá valorar el riesgo tras el reconocimiento de la víctima. Aspectos como existencia de amenazas, repetición del ciclo de violencia, agresiones durante el

embarazo, sufrimiento de abusos o agresiones sexuales, amenazas con armas, comportamientos violentos…

4. Informar.

Se deberá analizar si su malestar y estado de salud es consecuencia de la situación de maltrato. También se deberá alertar a aquellos recursos y organismos disponibles y se deberán tener en cuenta en todo momento los Derechos de las Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

5. Actuar.

El trabajador social deberá derivar a las víctimas a aquellos organismos y recursos disponibles. También deberá realizar un parte de lesiones y redactar un Informe.

Se deberá en todo caso apoyar, estimular así como respetar a la víctima; evitando en todo momento culpabilizarla.

Se deberá establecer coordinación con otros profesionales e instituciones, así como dimensionar e investigar el problema mediante el registro de caso.

Todo ello bajo las medidas previstas en los planes de actuación del Gobierno, de las comunidades autónomas y las recomendaciones de la OMS.

5 Discusión-Conclusión

El Trabajador Social deberá tomar decisiones de forma autónoma, con confidencialidad, prestando atención a las pistas de violencia y facilitando a la víctima a que manifieste la situación en la que se encuentra.

El Trabajador Social es un profesional esencial a la hora de detectar posibles casos de violencia y poder erradicar la aparición y repetición de las mismas en ocasiones futuras

También es importante que sea el trabajo en red de todos los equipos sanitarios (medio, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.) para una mayor coordinación, ya que la implicación de todos los equipos es esencial para una buena resolución de situaciones de violencia de género.

6 Bibliografía

Www.scielo.org

Capítulo 388

FUNCIONAMIENTO DEL RIÑÓN

PILAR COBO MORA

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

FADWA DAKI BOUJNANE

SUSANA MELLADO VALERO

CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS

1 Introducción

El riñón desempeña las siguientes funciones: Filtrar la sangre del aparato circulatorio permitiendo la eliminación de residuos a través de la orina, mediante los mecanismos de filtración, absorción y excreción. Regulación del medio líquido mediante el equilibrio ácido-base e hidroeléctrico, y de producir hormonas como la eritropoyetina, renina, y la forma activa de vitamina D que regula el calcio.

Cada día procesan unos 200 litros de sangre produciendo aproximadamente unos 2 litros de orina, que es una solución líquida compuesta de agua y diversas sustancias que se eliminan del organismo.
La orina baja continuamente por los uréteres hasta la vejiga donde se almacena hasta que se produce su eliminación a través de la micción.
Los riñones regulan la concentración de sustancias como el fósforo, sodio y potasio, enviándolos de regreso a la sangre una vez se ha producido el filtrado.
Por el funcionamiento del riñón podemos diagnosticar y monitorizar muchas patologías, tales como cálculos renales, nefropatías, glomerulonefritis, hiperten-

sión arterial y otras enfermedades directa o indirectamente relacionadas con el aparato excretor.
En el laboratorio se realizan las pruebas específicas para contribuir al diagnóstico y seguimiento de las patologías renales a través del análisis de la orina y sangre, realizando las determinaciones expresadas abajo.

2 Objetivos

Dar a conocer información acerca del funcionamiento del riñón

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión de diferentes fuentes para exponer las pruebas diagnósticas que se necesitan para diagnosticar patologías renales como prevención y control de tales enfermedades, como pueden ser cálculos renales, nefropatía diabéticak, cáncer de riñón, enfermedad renal crónica, enfermedad renal poliquística, glomerulonefritis, hipertensión arterial y pielonefritis.
Se ha revisado revistas, artículos y protocolos de laboratorio clínico específicos.

4 Resultados

El Cálculo renal: es un trozo de material sólido que se forma en el riñón a partir de sustancias que se encuentran en la orina. Pueden quedarse estancados en los uréteres, vejiga o en la uretra produciendo: Dolor fuerte, náuseas, vómitos, dificultad para miccionar, necesidad de miccionar, sangre en la orina, fiebre, color en la orina diferente.
Pueden ser: piedras de calcio, piedra tipo de estrubita, piedra de ácido úrico.
Nefropatía diabética: patología que se produce cuando se dañan las nefronas debido a un exceso en la Sangre de glucosa. Uno de los primeros cambios es un engrosamiento del glomérulo. A medida que la nefropatía diabética progresa, se destruye un creciente número de glomérulos, aumentándose la cantidad de albúmina excretada, por lo que se puede detectar esta patología por técnicas comunes de análisis de orina. La proteína puede aparecer unos 5 o 10 años antes de que aparezcan más síntomas, como pueden ser: inflamación de las piernas, aparece una cantidad excesiva de espuma en la orina, aumento de peso, pérdida de apetitio, náuseas, vómitos, malestar, fatiga, cefaleas, hipo, prurito.

Para el diagnóstico de esta enfermedad se realizan las siguientes pruebas de laboratio: análisis sistemático de orina, Microalbuminuria, urea y creatinina sérica, electroforesis de proteína en orina, creatinina en orina y proteína en orina de 24 horas.
Glomerulonefritis: Grupo de enfermedades del riñón causadas por la inflamación de los glormerulos. Las lesiones principales son: proliferación celular, depósitos, alteración de la memebrana basal glomerular, esclerosis glomerular. Puede ser temporal y reversible, o progresiva e irreversible. Sus síntomas son: puede ser asintomática, hematuria, orina con espuma, náuseas, vómitos, pérdida de peso, fatiga, malestar, cefalea, hipo, prurito, disminución de la orina, más necesidad de miccionar por la noche, sangrado fácil, disminución del estado de alerta, espasmos y calambres musculares, convulsiones, aumento de la coloración de la piel, disminuye la sensibilidad.
Para realizar ese diagnóstico se realizan las siguientes pruebas diagnósticas: Recuento de leucocitos, análisis de orina buscando sangre, cilindros, proteínas, densidad, etc., urea en sangre, creatinina en sangre, albúmina y anticuerpos contra la membrana basal glomerular.
Hipertensión arterial: Se produce un aumento de la presión arterial por encima de los valores normales. La mayoría de los casos no se Sabe la causa de ese aumento, denominándose hipertensión esencial, si existe causa se llama hipertensión secundaria. No siempre presenta síntomas pudiendo afectar silenciosamente al corazón, cerebro o los riñones. Algunos de los motivos de la hipertensión arterial puede ser: algunos medicamentos, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, enfermedades renales, ansiedad, estrés y obesidad.
Las prueba diagnósticas que se realizan son análisis de sangre de bioquímica, albúmina fosfatasa alcalina, calcio, creatinina, bilirrubina, glucosa, etc., análisis de orina para bilirrubina, glucosa, cetonas, pH, etc., se acompaña con radiografías de riñones, y electrocardiograma.
Enfermedades renales congénitas y hereditarias: Una de las más comunes y quizás de las más importantes es la poliquistosis renal, en ella se forman quistes llenos de fluido que se forman en los túbulos del riñón, pudiendo llegar a tener gran tamaño y peso, llegando a reemplazar lentamente gran parte de la masa del tejido de los riñones, disminuyendo la función renal, produciendo insuficiencia.
Las pruebas diagnósticas que se realizan ante cualquier problema renal son análisis de sangre, hematuria, proteínas en sangre, urea en sangre y orina, creatinina en sangre y orina.

Pruebas diagnósticas para patologías renales:
Análisis de orina: una analítica rutinaria de orina se puede diagnosticar una en-

fermedad renal.
Creatinina.
Urea.
Ácido úrico.
Electrolitos.
Proteínas.
Microalbuminuria en orina.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a las distintas determinaciones que se pueden analizar en un laboratorio nos permite detectar si los riñones funcionan correctamente o, por el contrario, existe alguna patología.
Del equilibrio en los procesos de funcionamiento de los riñones dependerá la formación correcta de orina con unos valores adecuados en composición, pH, densidad y volumen.
Con muestra de sangre y la orina recogida en 24 horas, se realizan diferentes pruebas bioquímicas, junto con la observación del sedimento urinario en el microscopio.
Las pruebas que se hacen para saber si existe un correcto funcionamiento de los riñones se denominan PERFIL RENAL. Se suele solicitar cuando existe algún factor de riesgo de mal funcionamiento renal como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, obesidad, colesterol elevado o algún antecedente familiar con alguna patología renal.

6 Bibliografía

1.- https://laboratoriodeanalisisclinicos.com
2.- https://medlineplus.gov
3.- https://www.cun.es
4.- https://www.mayoclinic.org
5.- Pruebas de laboratorio de urgencias. Formación continuada logos

Capítulo 389

DETECCIÓN DE S.AUREUS EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

PAULA CANO SANCHEZ

1 Introducción

El Staphylococcus aureus es un estafilococo grampositivo, anaerobio facultativo, resistente a altas concentraciones de cloruro sódico, coagulasa positivo, DNAasa positivo, catalasa positivo y resistente a la vancomicina. Algunas cepas pueden producir colonias con cierta pigmentación amarilla.
Para identificar S.aureus en el laboratorio de microbiología clínica se realiza una serie de cultivos y pruebas bioquímicas que nos permitirán confirmar si se trata de S.aureus o poder identificar otro microorganismo a partir de los resultados obtenidos. Es muy importante trabajar con un cultivo axénico para evitar contaminaciones y poder identificar únicamente el microorganismo estudiado.
El S.aureus es un microorganismo que se encuentra en las fosas nasales en portadores sanos en un 20/30% de los individuos. Forma parte de nuestra flora habitual, pero puede ser patógeno en personas inmunodeprimidas causando enfermedades graves en la piel, neumonías y endocarditis entre otras, que pueden volverse potencialmente mortales de no ser tratadas de forma adecuada. También presente en las fosas nasales y con características similares se encuentra S.epidermidis.
En los últimos años, han aparecido cepas de S.aureus con gran importancia clínica por haber adquirido resistencia a la meticilina (SARM). Las infecciones por SARM son frecuentemente muy graves y se están volviendo cada vez más difíciles de tratar.

2 Objetivos

Exponer cómo identificar si el microorganismo obtenido es S.aureus.
Describir las pruebas necesarias para la correcta identificación de S.aureus.
Conocer cuáles son los resultados característicos de S.aureus para diferenciarlo de otros microorganismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una búsqueda en las principales páginas relacionadas con la organización mundial del cáncer, así como en fichas técnicas relacionadas con los fármacos biológicos que se han nombrado en el capítulo.

4 Resultados

Los medios de cultivo van a permitir el crecimiento del microorganismo. Para identificar S.aureus se utilizarán medios que nos proporcionen características diferenciales para dicho microorganismo, y son los siguientes:
Agar TSA (agar tripticasa soja): es un medio general que permite el crecimiento de todo tipo de bacterias. En microbiología no se utiliza para el aislamiento de patógenos a partir de muestras clínicas, pero puede ser utilizado para el cultivo de cepas bacterianas.
Manitol salado (MSA) o Chapman: es un medio selectivo y diferencial. Es selectivo para la detección y aislamiento de estafilococos y diferencial entre las diferentes especies coagulasa positivo y coagulasa negativo. El S.aureus, coagulasa positivo, es capaz de utilizar el manitol variando el pH del medio que obtendrá un color amarillo, ya que fermenta manitol.
Agar DNasa: es un agar diferencial con alto contenido en ADN. Se puede utilizar este agar para la detección de S.aureus, ya que este microorganismo despolimeriza el ADN debido a la actividad DNasa.
Agar sangre: es un medio selectivo empleado para el aislamiento de bacterias grampositivas, sobre todo estafilococos o estreptococos. La morfología característica de la colonia de S.aureus es una colonia grande, de color entre blanco y grisáceo o entre crema y amarillo, con β- hemólisis.
Agares cromogénicos: permiten la identificación de diferentes especies debido a su crecimiento en diferentes colores en unas mismas placas.

Las pruebas bioquímicas permiten identificar las características metabólicas de las bacterias. Para la identificación de S.aureus es relevante la realización de dos pruebas:
Prueba de la catalasa. Permite identificar las bacterias que poseen actividad catalasa y es de gran utilidad para diferenciar Sthapylococcus que es catalasa positivo de otras bacterias que no lo son.
Prueba de la coagulasa. Esta prueba se utiliza para diferenciar S.aureus de otras especies del género Staphylococcus, ya que el S.aureus es coagulasa positivo.
La realización en conjunto de las pruebas y la observación de colonias en los medios de cultivo va a permitir la diferenciación de S.aureus frente a otros microorganismos. Esto se debe a que estas pruebas poseen características exclusivas de S.aureus que van a facilitar su identificación.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de laboratorio en microbiología tiene un papel fundamental, ya que va a ser el encargado de llevar a cabo todas las pruebas y proporcionar unos resultados que le van a permitir al médico identificar el microorganismo y poder tratar a un paciente con el tratamiento correspondiente a la enfermedad que le está produciendo el patógeno.
En la actualidad, hay enfermedades producidas por microorganismos que han aumentado su gravedad en los pacientes debido al abuso de antibióticos, por lo que es importante identificar el microorganismo de forma correcta para actuar con eficacia y evitar que los microorganismos sigan aumentando su patogenicidad.

6 Bibliografía

[1] https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2014/pt141e.pdf

Capítulo 390

ENFERMEDADES BACTERIANAS, MICÓTICAS, PARASITARIAS Y VIRICAS: DIAGNÓSTICO

PILAR COBO MORA

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

SUSANA MELLADO VALERO

FADWA DAKI BOUJNANE

CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS

1 Introducción

Hay diferentes enfermedades infecciosas, dependiendo el agente infeccioso que la produce podemos hablar de enfermedades bacterianas, cuya infección es producida por bacterias, micóticas las producidas por hongos, parasitarias las que se producen por parásitos, y las víricas como su nombre indica producidas por virus.

Los diferentes métodos de diagnóstico o serología de las enfermedades infecciosas se basan en la respuesta inmune, produción de anticuerpos específicos, que se produce. Estas técnicas están diseñadas para detectar o cuantificar esa respuesta inmune, para así detectar e identificar el agente causante de la infección. Se denominan técnicas serológicas.

Entre las diferentes técnicas para la detección de complejos antígeno-anticuerpo, las más usadas son: aglutinación, inmunofluorescencia, enzimoinmunoensayo (ELISA) y fijación del complemento (RFC). Según la reacción que producen los anticuerpos reciben denominaciones específicas.
La sangre es la muestra más utilizada para la determinación de anticuerpos, aunque en ocasiones también se emplea líquido cefalorraquídeo u otros como el líquido pleural o saliva.
Uno de los inconvenientes que surgen en las pruebas es que algunos microorganismos tiene antígenos comunes o de similar estructura, sobre todo los de especie relacionadas, apareciendo las reacciones cruzadas, lo que puede dar lugar a diagnósticos erróneos.
El uso de las reacciones cruzadas se usa también para el diagnóstico de enfermedades infecciosas.

2 Objetivos

Dar a conocer el diagnóstico de enfermedades bacterianas, micóticas, parasitarias y víricas

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han consultado diferentes páginas de protocolos científicos, como puede ser las "Guías de la sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)" y "Guías para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con bacteriemia.

4 Resultados

Hay determinadas enfermedades infecciosas son causadas por algunos microorganismos que son difíciles de cultivar o simplemente no pueden ser diagnosticadas por cultivo debido a la administración de antibióticos antes de la prueba.
Estos métodos de diagnóstico se basan en la respuesta inmune de la persona infectada por el microorganismo, mediante las técnicas serológicas se diagnostica y cuantifica esa respuesta.
El suero de los enfermos reacciona con los antígenos procedentes de los microorganismos que se sospechan causantes de esa infección.

Las reacciones cruzadas surgen en las pruebas serológicas al compartir dichos microorganismos antígenos similares, en determinadas ocasiones se usan esas reacciones para diagnosticar enfermedades contagiosas de las que es difícil preparar antígenos.
La mayoría de las pruebas diagnósticas usadas para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas pueden dar resultado a erros, por lo que personas sanas pueden ser diagnosticadas como enfermos y personas enfermas a las que no se les saca el diagnóstico.
Así tenemos falsos y verdaderos positivos y negativos. Por esto llamamos sensibilidad a la probabilidad de individuos enfermos que dan positivo en la prueba, y especificidad es la proporción de individuos en los que da negativo. Las pruebas sensibles son las que detectan ola mayoría de personas enfermas, y las especificas las que no dan positivo en personas sanas.
Para diagnosticar enfermedades bacterianas:
Uno de los procedimientos más importantes de laboratorio de microbiología es el cultivo de sangre, dependiendo su éxito de la recogida de muestras.
El líquido cefalorraquídeo (LCR) se recoge de forma aséptica, desinfectando la zona con alcohol y yodo, se inocula la, muestra en tubos estériles con tapón de rosca que se transportan inmediatamente, sin exponer la muestra a calentamiento ni refrigeración.
Se pueden recoger infinidad de líquidos generalmente estériles para cultivo de bacterias, entre ellos está el líquido abdominal o peritoneal, líquido torácico o pleural, líquido sinovial y líquido pericárdico. Cuando se recoge un gran volumen por aspiración percutánea se inocula en viales de hemocultivo con medios nutrientes.
Las muestras de las vías respiratorias altas se recogen con una torunda o alginato cálcico, se toma de las áreas amigdalares, faringe o de cualquier exudado o cualquier úlcera.
Recogida de muestras del oído, se llama timpanocentesis a la aspiración de líquido del oído medio para poder diagnosticar específicamente otitis media, aunque no es útil para la mayoría de las infecciones. Se inoculan los medios de cultivo en el acto, y se deben incubar mínimo 5 días.
La recogida de muestras para infección ocular es difícil, puesto que la cantidad de muestra en general es pequeña por lo que pueden existir pocos microorganismos en ella. Se recogen mediante torundas y mediante raspado corneal si fuese necesario. Igual que la muestra de oído se deben inocular en el acto e incubar 5 días.
Para muestras de heridas, abscesos y tejidos, es importante recoger las muestras

de la profundidad de la herida tras limpiar la superficie. Se evita el uso de torundas para evitar obtener muestra contaminada de la superficie.
La muestra de orina son unas de las más enviadas para el cultivo, si no se puede analizar en el momento es conveniente refrigerar o usar un conservador bacteriostático para así evitar los patógenos que pueden crecer en la orina.
Para las muestras genitales la mayoría de los laboratorios se basan en el aislamiento de Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis, ambos necesitan una manipulación adecuada de la muestra. El exudado uretral o endocervical ha de ser inculado inmediatamente en medios selectivos.
Las muestras de heces requieren una recogida adecuada y un transporte que asegure la viabilidad de los microorganismos e inoculación en medios apropiados.
Para diagnosticar enfermedades micóticas:
Su diagnóstico se puede establecer mediante estudio microscópico o mediante cultivo del microorganismo en las muestras tomadas de la lesión, esto en caso de patógenos primarios. En caso de infecciones causadas por agentes oportunistas la situación se complica, ya que estos microorganismos muchas veces se encuentran como contaminantes de los cultivos.
En la recogida de muestras es muy importante el aislamiento y la identificación de hongos, y su recogida depende el área afectada y el tipo de lesión.
El diagnóstico de enfermedades por parásitos:
El mayor número de identificación y exámenes parasitológicos se basan en el reconocimiento de la morfología, cualquier aspecto que pueda oscurecer o distorsionar la forma del parásito puede dar error en su identificación y diagnóstico.
Para infecciones de parásitos intestinales y urogenitales muchas veces se necesitan técnicas de concentración de muestras mediante sedimentación o flotación para la detección de pequeñas cantidades de gusanos o protozoos, presentes en las muestras de heces.
Otros patógenos pueden exigir técnicas de aspiración del contenido intestinal o biopsia intestinal.
Para infecciones parasitarias sanguíneas y tisulares: Estos parásitos son más difíciles de detectar que los intestinales y urogenitales, se realiza mediante examen microscópico de extensiones sanguíneas. La concentración de gérmenes suele variar y, por tanto, hay que recoger múltiples muestras en varios días.
Hay diferentes alternativas a la microscopia para diagnosticar las infecciones parasitarias, cuando es imposible detectar el parásito por ser un número muy reducido o nulo en el material clínico disponible, en estos casos se hay medios alternativos, como cultivo, inoculación en animales y xenodiagnostico.
Para diagnosticar enfermedades víricas:

Se ‘puede establecer mediante observación de efectos histopatológicos, visualizar partículas víricas al microscopio electrónico, aislamiento y cultivo del virus. Se siguen los siguientes procedimientos para diagnosticar patologías víricas: citología, microscopia electrónica, aislamiento y cultivo del virus, detección de proteínas como antígenos y enzimas, detección de material genético vírico y serología.

5 Discusión-Conclusión

Hay diferentes tipos de enfermedades infecciosas dependiendo del agente que las causa. Pueden ser las producidas por bacterias, para diagnosticarlas se examinan diferentes muestras, las cuales han de ser manipuladas y extraídas con cuidado para evitar contaminaciones.
También es importante el método de transporte, así como hacerlo en tiempo adecuado, puesto que hay muestras que hay que inocular inmediatamente y transportar de inmediato también.
Tener claro que pueden existir pruebas que dan un diagnóstico erróneo, por eso hablamos de especificidad y sensibilidad, existiendo en enfermos sanos con prueba positiva, falsos positivos y enfermos reales con verdaderos positivos, y enfermos sanos con prueba negativa son verdaderos negativos y enfermos falsos negativos.
Hay mucha variedad de líquidos para analizar, dependiendo de las pruebas que se quieran realizar y las zonas afectadas.

6 Bibliografía

https://www.sciencedirect.com
Guia para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. Guias de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Guias para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con bacteriemia. https://www.ncbi.nlm.nih.gov
https://www.msdmanuals.com

Capítulo 391

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN HIGIENE BUCODENTAL EN LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA

ALICIA DELGADO VALLEJO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ

PATRICIA PADILLA MUÑOZ

1 Introducción

Para que una infección pueda ser considerada como cruzada, se debe transmitir agentes de tipo infeccioso desde el profesional sanitario al paciente o viceversa. Este último aspecto es de vital importancia, puesto que el personal de las instituciones sanitarias y los pacientes están durante grandes periodos de tiempo manteniendo un contacto estrecho. El mayor número de infecciones cruzadas dentro de las instalaciones de un centro hospitalario se dan en aquellos espacios en los que conviven o se hallan en el mismo periodo de tiempo gran número de personas, como por ejemplo, en las salas de espera, en donde un paciente que esté infectado tiene la capacidad de propagar el patógeno a las demás personas presentes es el mismo lugar.

Las infecciones cruzadas también se pueden denominar infecciones debidas a la atención sanitaria u hospitalaria. Estas infecciones cruzadas están suponiendo en

la actualidad un enorme reto en los sistemas sanitarios, pues constituyen un gran reto que debe afrontar la salud en todo el mundo, puesto que están aumentando, de manera progresiva, incesante y alarmante los niveles de morbimortalidad y de la duración de la estancia de los pacientes, con el gran coste económico asociado que ello supone para los diferentes sistemas de salud mundiales.

2 Objetivos

Reflexionar e indicar sobre la prevención de la contaminación cruzada durante el manejo de los pacientes por el higienista bucodental

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de la bibliografía sobre las unidades de cuidados intensivos y las funciones que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo.
Los descriptores utilizados fueron: contaminación cruzada, técnico superior en higiene bucodental. Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2000 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

Todos los organismos de salud mundial están intentando disminuir el porcentaje de infecciones cruzadas que ocurren en sus centros e instalaciones sanitarias.
Una de las líneas de acción más prometedoras a la hora de prevenir estas infecciones son las estrategias educativas, tanto sobre el propio personal sanitario, como sobre la población general y los pacientes.
El mayor reto a la hora de afrontar el problema de las infecciones cruzadas se encuentra en los países subdesarrollados, en ellos las tasas de infecciones cruzadas multiplican cientos de veces las tasas de los países desarrollados. Esta elevada incidencia puede ser debida en gran parte a la poca o nula educación en sanidad, así como la ausencia de medidas preventivas y de higiene en las instituciones y centros hospitalarios.
El personal sanitario se encuentra extremadamente expuesto a las infecciones cruzadas, puesto que desarrolla su trabajo íntegramente en instalaciones en

donde se tratan innumerables pacientes con diferentes infecciones y patologías. El entorno hospitalario es, por tanto, el principal foco de patógenos en donde el personal sanitario se infecta.
Una de las principales vías a la hora de transmitir patógenos es el contacto directo con el paciente, esta constituye el mayor foco de contaminación cruzada dentro de un hospital. Otra de las vías de contagio es el contacto sin la debida protección de material que ha sido contaminado.
Cabe destacar que el personal sanitario que trabaja en las instituciones sanitarias, y que ha sido infectado debido a la contaminación cruzada, pasa a ser agente transmisor del mismo. Esto nos da una idea de las repercusiones que esto puede tener sobre el sistema sanitario y la importancia de prevenir que estos sucesos ocurran para preservar el modelo sanitario actual.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones cruzadas son un tipo de infección que el paciente puede tener durante la estancia en un organismo o institución sanitaria. Para que la contaminación pueda considerarse cruzada los microorganismos causantes de la misma no pueden estar incubándose en momentos anteriores al ingreso del paciente en la institución sanitaria. También se debe tener en cuenta que toda aquella infección que se produzca en un periodo de 72 horas después de la estancia del paciente en el hospital o institución sanitaria, se considerará también como infección cruzada.
Si se aplican y ponen en marcha diferentes estrategias a nivel educativo tanto entre los profesionales sanitarios como entre los pacientes, la incidencia y número de infecciones cruzadas se reduce drásticamente.

6 Bibliografía

Dra. Muñoz Urbizo, I. P., Dra. Kafati Benegas, R., & Lcda. Benavides Hernández, K. Y. (2009). Normas Y Procesimientos
Para Prevencion Y control De Las infecciones Intrahospitalarias
(Primera ed., Vol. Uno). Honduras. Recuperado el 31/08/2021, de http://www1.paho.org/hon/dmdocuments/Normas%20y%20Procedimientos%20Nacionales%20Infecciones%20Intrahospitalarias.pdf
Dra. Muñoz Urbizo, I. P., Dra. Kafati Banegas, R. O., & Lcda. Benavides Hernández, K. Y. (2009). Normas Y Procesimientos Para Prevencion Y control De Las infecciones Intrahospitalarias (Primera ed., Vol. Uno). Honduras

Capítulo 392

PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

PILAR COBO MORA

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

SUSANA MELLADO VALERO

FADWA DAKI BOUJNANE

CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS

1 Introducción

En el laboratorio de urgencias se realizan diferentes análisis de muestras y técnicas microbiológicas consideradas como urgentes, por lo tanto, son procesadas y analizadas en el laboratorio de urgencias.
Si el resultado es positivo eso haría que se prescribiera un tratamiento, por eso es importante que las personas trabajan en el laboratorio sepan como proceder para llevar a cabo el proceso en el menor tiempo posible.
La única prueba urgente en urgencias es para obtener resultados de sí un paciente tiene indicaciones de meningitis, encefalitis, etc., entre otras patologías.
Hay técnicas como el Rosa de Bengala y el Paul Bunnell, ambas indican brucelosis y mononucleosis infecciosa, permiten en pocos minutos la lectura de los resultados, indicando si existe o no esa enfermedad, ya que son test con una alta especificidad y sensibilidad.

Veremos la importancia del análisis del líquido cefalorraquídeo con sus diferentes funciones, características físicas y químicas, así como su obtención; análisis de la serología urgente en procesos infecciosos, como se hace la extracción de muestras, etc.; precauciones en el laboratorio. Es una muestra muy valiosa por lo que hay que manipularla con mucho cuidado y enviarla a analizar inmediatamente.

Se realizan también técnicas ELISA, enzimoinmunoanálisis de absorción, usado para detectar anticuerpos en la sangre, producidos por la reacción del organismo infectado.

2 Objetivos

Estudiar aquellas muestras y técnicas microbiológicas que son catalogadas de urgencia, por lo que serán analizadas en el laboratorio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración este capítulo se han consultado diferentes estudios realizados, guías, libros, así como páginas web relacionadas con el tema en cuestión, así como protocolos de actuación en los laboratorios de urgencias. Comparando y resumiendo la información de dichas fuente

4 Resultados

Hay determinadas muestras que por sus características y proveniencia son consideradas de urgencia y, por tanto, procesadas en el laboratorio de urgencias.
El líquido cefalorraquideo es una muestra muy valiosa, por la molestia que causa al obtener la muestra del paciente, y por la información que aporta su análisis. Por su coste y el número de determinaciones que se pueden hacer hace que se priorice su estudio.
El líquido cefalorraquídeo está en circulación permanentemenete, con una velocidad de 0,3ml/min, renovándose completamente más de tres veces al día. La velocidad de su produción puede variar por diferentes factores.
Una de las funciones del LCR es proteger y envolver al encéfalo y una función excretora.
Sus características fisiscas si se ven alteradas de forma dinámica o en su composición química o física tiene graves consecuencias sobre el sistema nervioso central, por eso lo importante de su estudio urgentemente.

Su aspecto es transparente, cristalino, si existe alguna patología se enturbia, como por ejemplo en las meningitis, y solo ligeramente turbio en el comienzo de la meningitis o poliomielitis graves. Es totalmente incoloro, obteniendo coloración en determinadas patologías.
El líquido cefalorraquídeo se debe enviar urgentemente al laboratorio para que sea analizado rápidamente y no pierda propiedades y se eche a perder.
Serología urgente por procesos infecciosos que cursan con fiebre, la extracción de sangre debe realizarse en ayunas para evitar que el aspecto del suero pueda entorpecer las reacciones.
También se realizan urocultivos, coprocultivos y hemocultivos, con el urocultivo podemos diferenciar cantidad y número de bacterias.
En los laboratorios de urgencias hay protocolos sobre como manipular las muestras y su análisis.
Si se sospecha de Brucella, hay que extremar las precauciones de trabajo en el laboratorio, como el trabajo en campana de seguridad; el uso de ropa protectora como es la bata, mascarilla y uso de guantes; no oler las placas de hemocultivo bajo ningún concepto (esto es una precaución para todos los cultivos) y tirar las jeringas en el contenedor.

5 Discusión-Conclusión

En el laboratorio de urgencia se analizan diferentes pruebas específicas de microbiología, analizando líquido cefalorraquídeo, estas muestras han de ser manipuladas con muchísimo cuidado y analizadas en el menor tiempo posible debido a las molestias que se le produce al paciente para su obtención, así como todas las pruebas que se pueden realizar, es imprescindible que no pase tiempo para evitar su deterioro. Suele haber un listado de pruebas que se realizan en urgencias, cada laboratorio tiene sus protocolos.
También se realizan análisis serológicos para analizar procesos febriles infecciosos, también hay unos métodos que hay que tener en cuenta que dependiendo de las muestras hay que tomar unas precauciones determinadas como el uso de campanas de seguridad o vestuario apropiado para la manipulación de dichas muestras.

6 Bibliografía

Revista médica Clínica Los Condes

Servicio de microbiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid https://www.scielo.isciii.es
https://www.epidemiologíamolecular.com

Capítulo 393

TRANSPORTE, PREPARACION Y ANALISIS DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO

MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

Las determinaciones bioquímicas se utilizan para obtener un punto de partida en el diagnostico, evolución o pronostico de una patología. El medico prescribe una determinada prueba y obtiene un resultado cualitativo o cuantitativo y/o un informe del especialista del laboratorio, que interpreta y le ayuda a descartar, confirmar o ver la evolución de una determinada patología.
Al principio, estas pruebas eran muy complicadas por lo que los médicos hacían un uso cauto de ellas. La introducción de los analizadores han permitido que el laboratorio hay visto el aumento del número de pruebas y reducir el tiempo de respuesta.
Un problema que puede surgir en el uso inadecuado de ciertas determinaciones. Se cree que el 60% de las determinaciones que se solicitan son innecesarias y que solo un 10% de éstas influyen en las decisiones medicas. La solución es difícil. ya que cuando un facultativo cree que una prueba es imprescindible, es complicado discutir sin conocer los datos y la situación del enfermo. Lo que si es posible, es llegar a un consenso el medico y el laboratorio para la mejor elección de las pruebas mas adecuadas para una determinada patología y así una interpretación de las mismas. Por este motivo de han creado protocolos en los cuales se determina las distintas determinaciones analíticas dependiendo de cada patología. Conjuntamente se decide que pruebas se hacen en el laboratorio de urgencias y cuales no.

Es importante que exista una estrecha comunicación entre el clínico y el analista para así tener un mejor aprovechamiento de los recursos del laboratorio.
La fase preanalítica es el conjunto de intervenciones que se realizan desde que se recibe un informe de petición de analítica hasta que se indica el análisis y comprende las siguientes etapas:
* Solicitud de un análisis
* Obtención y recogida de muestras.
* Transporte de muestras con el informe de petición.
* Recepción de muestras y de la petición en el laboratorio.
* Procesamiento de la muestra.
* Informe de resultados.

2 Objetivos

- Dar a conocer los distintos transportes para llevar las muestras al laboratorio.
- Conocer la preparación de las muestras que se procesan en el laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presenta 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, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema del estudio.

4 Resultados

La recogida, preparación y procesamiento de las muestras antes de la realización de los análisis es fundamental. Tanto el transporte manual, ideal para evitar fallos como la hemólisis, como los tubos neumáticos, utilizados para reducir costes de personal y tiempo de transporte, permiten realizar análisis más rápidos. La muestra no debe agitarse durante la manipulación para evitar la hemólisis. Además, las muestras deben protegerse de la exposición a la luz, que podría alterar ciertos resultados, como la bilirrubina. Para analizar constituyentes inestables como el amoníaco, la actividad de la renina en plasma y la fosfatasa ácida, la muestra

debe almacenarse a 4ºC e inmediatamente después de obtenerla y transportarla sobre hielo.
Se utilizan mantas especiales para tubos neumáticos para evitar daños de hemolisis en las muestras mientras transportan el movimiento. Este tubo neumático se utiliza para todas las muestras excepto las de microbiología, que deben llevarse a mano.
Para la preparacion de las muestras, lo ideal, la muestra de sangre debe centrifugarse cuando se complete la coagulación. Antes de este proceso, si se centrifuga se obtiene un suero con fibrina latente. Esto dará lugar a muchos problemas adicionales, ya que la fibrina se forma en la mayoría de los sueros y puede ser absorbida por pipetas automáticas, lo que provoca resultados falsos o la obstrucción no deseada de los analizadores químicos automáticos, lo que provoca daños en los materiales y durante el análisis. Para la coagulación convencional y los métodos bioquímicos, la sangre extraída debe separarse en dos componentes principales: una sustancia sólida que consiste en elementos celulares, en parte de color rojo, y un líquido amarillento que consiste en suero o plasma. Estos últimos son los parámetros que necesitamos para encontrar los parámetros bioquímicos y de coagulación deseados.
Conseguir los mejores resultados y con la máxima calidad depende del correcto funcionamiento de los equipos de ejecución técnica y de la determinación de los parámetros de control interno de la técnica. El seguimiento de los parámetros estudiados se realiza mediante un sistema de información que integra datos de diferentes departamentos del laboratorio. Un sistema computarizado entre los diversos analizadores automatizados y los ordenadores elimina los errores que pueden ocurrir cuando se ingresan los resultados manualmente. La validez de los resultados obtenidos de las muestras, dependen en gran parte de aspecto, además de otros como la adecuada manipulación del equipo, la calidad de la técnica utilizada, el uso de reactivos y el control ambiental.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo dicho en el estudio, podemos saber que cuanto mayor es el conocimiento que el clínico tiene del laboratorio, más útil es la utilización de las técnicas utilizadas en el laboratorio y mejor es el aprovechamientos de las determinaciones, de ahí, que el laboratorio también debe de esforzarse en encontrar medios para facilitar este conocimiento.
Al igual que es muy importante el saber como es la preparación; tanto del paciente como de la muestra para que el resultado sea el más fiable, así como el

transporte, ya que una muestra mal transportada puede ser inservible para el laboratorio lo cual llevaría a tener que pedir una nueva muestra con el consiguiente transtorno para el paciente.

6 Bibliografía

https://labtestsonline.es/articles/obtencion-de-muestras-para-pruebas-de-laboratorio
https://medlineplus.gov/spanish/laboratorytests.
https://www.experior.es/blog/transporte-de-muestras-biologicas-protocolo-y-normativas/
https://www.lab-courier.com/noticias/la-temperatura

Capítulo 394

EL TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y LA DETERMINACIÓN DEL HIERRO SÉRICO

SARA IGLESIAS ALVAREZ

1 Introducción

El hierro es un mineral esencial para la producción de glóbulos rojos. Los glóbulos rojos son los encargados de transportar el oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo. El hierro también es fundamental para la salud de los músculos y el funcionamiento de la médula ósea y otros órganos. Los niveles de hierro demasiado bajos o altos pueden ocasionar problemas de salud graves.
Las pruebas de hierro se utilizan para medir diferentes sustancias en la sangre, determinando con ellas los niveles de hierro en el cuerpo.
Las pruebas de hierro son necesarias cuando un individuo presenta síntomas de niveles de hierro demasiado bajos o altos.
Los síntomas de niveles de hierro demasiado bajos son:
- Palidez.
- Fatiga.
- Debilidad.
- Mareos.
- Dificultad respiratoria.
- Latidos cardíacos rápidos.

Los síntomas de niveles de hierro demasiado altos son:

- Dolor de articulaciones.
- Dolor abdominal.
- Falta de energía.
- Pérdida de peso.

El Técnico Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico debe contar con la formación adecuada para realizar las diferentes pruebas que miden el nivel de hierro sérico, aportando con su correcta formación a que los resultados que se obtengan sean fiables y veraces, contribuyendo así a que el facultativo pueda establecer un diagnóstico claro y adecuado y pueda ponerme en marcha el tratamiento correcto para la patología que sufra el paciente.

2 Objetivos

El principal objetivo que persigue este presente capítulo es analizar qué tipos de pruebas se realizan en el Laboratorio de Diagnóstico Clínico para la determinación del hierro sérico.

3 Metodología

Búsqueda sistemática de la bibliografía publicada en diferentes bases de datos científicas relacionada con la determinación del hierro sérico. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, Lilacs, Medline y Scielo, además de consultar en el buscador Google Académico. Se usó las estrategias de búsqueda con descriptores MeSH y los descriptores propios de cada tesauro. También se establecieron diferentes criterios de inclusión y exclusión como:

Criterios de inclusión:

– Publicación a texto completo.
– Publicación con acceso gratuito.
– Publicación revisada previamente.
– Publicación en inglés y español.

Criterios de exclusión:

– Publicación con texto incompleto.
– Publicación de pago.
– Publicación que no ha sido revisada.
– Publicación en idiomas diferentes al inglés y español.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevaron a estudio 5 por ajustarse al objetivo propuesto para esta presente revisión bibliográfica.

4 Resultados

Las pruebas de hierro se suelen utilizar para:
- Comprobar si los niveles de hierro están demasiado bajos (signo de anemia).
- Diagnosticar distintos tipos de anemia.
- Comprobar si los niveles de hierro están demasiado altos (signo de hemocromatosis). Este es un trastorno genético poco común que actúa acumulando demasiado hierro en el cuerpo.
- Valorar si los tratamientos para la deficiencia o el exceso de hierro están dando resultado.

Algunas de las pruebas de hierro son:
- Prueba de hierro en suero: mide la cantidad de hierro presente en la sangre.
- Prueba de transferrina: es una proteína que mueve el hierro por todo el cuerpo.
- Capacidad total de unión al hierro (TIBC): mide qué tan bien se une el hierro a la transferrina y a otras proteínas de la sangre.
- Prueba de sangre de ferritina: mide cuánto hierro tiene el cuerpo almacenado.

Algunas o todas estas pruebas se suelen pedir al mismo tiempo.

Si uno o más resultados de las pruebas de hierro revelan que los niveles de hierro están demasiado bajos, puede significar que se padece:
- Anemia por deficiencia de hierro: el cuerpo no produce suficientes glóbulos rojos.
- Otro tipo de anemia.
- Talasemia: se trata de un trastorno hereditario de la sangre que produce que el cuerpo produzca menos glóbulos rojos sanos de lo normal.

Si uno o más resultados de las pruebas de hierro revelan que los niveles de hierro están demasiado altos, puede indicar:
- Hemocromatosis: se trata de un trastorno genético poco común el cual acumula demasiado hierro en el cuerpo.
- Envenenamiento con plomo.
- Enfermedad del hígado.

La mayoría de las causas que originan una insuficiencia o un exceso de hierro pueden tratarse con suplementos de hierro, dieta, medicamentos y otros tratamientos.

Si los resultados de una prueba de hierro no son normales, no significa necesariamente que se tenga un problema médico que precise de tratamiento. Ciertos medicamentos, como las píldoras anticonceptivas y los tratamientos con estrógenos, pueden afectar a los niveles de hierro. Los niveles de hierro también pueden estar más bajos en mujeres durante el ciclo menstrual.

El facultativo puede pedir otras pruebas para medir los niveles de hierro, como:
- Prueba de hemoglobina.
- Hematocrito.
- Conteo sanguíneo completo.
- Volumen corpuscular medio.

Normalmente, para diagnosticar el déficit de hierro se solicitan diferentes técnicas en el Laboratorio de Diagnóstico Clínico, siendo las más comunes: valores de la hemoglobina corpuscular media (HCM), el volumen corpuscular medio (VCM), la concentración de hierro sérico, el índice de saturación de la transferrina (IST), la capacidad total de fijación de la transferrina (CTST) y la valoración de las alteraciones de la morfología de la serie eritrocitaria, como son alteración del tamaño y forma de los hematíes, inclusiones eritrocitarias y alteraciones en la coloración hemoglobínica.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica, se puede concluir que el hierro es un mineral esencial para la producción de glóbulos rojos. Las pruebas de hierro se realizan con el fin de medir diferentes sustancias en la sangre, determinando con ellas los niveles de hierro en el cuerpo. Las diferentes pruebas que existen para medir los niveles de hierro en la sangre son la prueba de hemoglobina, hematocrito, conteo sanguíneo completo y volumen corpuscular medio, entre otras.

El Técnico Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico debe poseer la formación adecuada para realizar las diferentes pruebas que miden el nivel de hierro sérico, contribuyendo a que el facultativo pueda establecer un diagnóstico adecuado y pueda ponerme en marcha el tratamiento correcto para la patología que presente el paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 395

ADAPTACION DE LOS CENTROS DE TRABAJO A LA PANDEMIA

NURIA CASTIELLO

1 Introducción

La seguridad en los lugares de trabajo es un tema muy serio que todas las empresas ya sean públicas o privadas deben tener en cuenta.
En los dos últimos baños debido a la pandemia que ha asolado al mundo, nos hemos dado cuenta de la importancia de tener un plan de actuación adecuada.
La gestión de esta contingencia la han hecho de manera conjunta la salud pública y la laboral
Hemos tenido que adaptar todo nuestro entorno a este nuevo virus que modificó nuestra manera de relacionarnos y por supuesto nuestro entorno laboral.
Las empresas tuvieron q adoptara medidas para garantizar la seguridad de sus trabajadores
La Organización Mundial de la Salud crea planes de emergencia en los que se tienen en cuenta modos de actuar para lograr lugares de trabajo saludables.

Hubo que unificar criterios en lo referente a la manera de actuar de las personas, para que todos los esfuerzos redunden en una actuación adecuada, así los trabajadores tienen sensación de seguridad ante cualquier contingencia derivada de la pandemia.
Hubo que facilitar las herramientas adecuadas , para tener una actuación ágil y conjunta y que la salud de los trabajadores no se viera afectada
Para ello hubo que trazar planes de actuación que garantizan la seguridad de los trabajadores y también la seguridad de los clientes

2 Objetivos

El objetivo principal es encontrar buena forma de proceder adecuada
Planificar los aspectos esenciales para organizar el plan de contingencias en un centro laboral
Seleccionar a la persona que sea capaz de activar de forma adecuada el plan de emergencia adecuada a cada situación

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

Debido a la pandemia en los centros de trabajo se han dado situaciones que generan distintos riesgo que ponen en peligro la seguridad de los trabajadores y la de todos los usuarios de las empresas.
Cada empresa tuvo que realizar un análisis de cada centro de trabajo, para realizar los cambios oportunos en su estructura y su forma de proceder.
Fue importante establecer medidas preventivas en los lugares de trabajo, como por ejemplo, distanciamiento físico, la higiene de manos y la respiratoria, entre otras medidas
Para los trabajadores ha sido importante poder opinar y estar informados de los cambios, ya que su forma de trabajar se vio alterada.
A la hora de establecer las medidas hay que tener en cuenta el nivel de exposición del trabajador al virus. Se establecen tres niveles
- Trabajos con alto nivel de exposición: en este grupo se incluyen entre otros a los profesionales sanitarios y a todos aquellos profesionales que trabajan en contacto directo con la población (guardas seguridad, taxistas, conductores de medio de transporte público…)
- Riesgo exposición medio, aquellos que tienen contacto frecuente con personas infectadas per no son casos sospechosos ni confirmados
- Riesgo exposición bajo, no tienen contacto con casos sospechosos o confirmados ni contacto frecuente con el público

El objetivo principal de un plan de emergencias es su eficacia frente a una situación de este tipo.
En la medida de lo posible hay que reducir las posibilidades de que se produzca el riesgo, pero con la pandemia, esto ha sido muy difícil garantizar, sobre todo al comienzo, ya que nos enfrentamo a una situación totalmente desconocida, en la que en muchas ocasiones se ha tenido que ir improvisando.
Por esto el factor humano responsable de la puesta en marcha y cumplimiento de estos planes ha sido fundamental.

5 Discusión-Conclusión

El estudio y la gestion de planes de emergencia derivados de la pandemia han sido imprescindibles para garantizar la seguridad de los trabajadores de los distintos centros de trabajo así como también la seguridad de los usuarios
Es necesario incluir en los planes de emergencia los distintos factores de riesgo que dan lugar a este tipo de situaciones, para mejorar así la seguridad de los trabajadores y de sus acompañantes.
Deben ser planes faciles de activar y accesibles a todos los trabajadores, la informacion sobre cambios y adaptaciones debe estar al alcance de los trabajadores en todo momento
Deben ser también flexibles y estar preparados para adaptarse a los cambios

6 Bibliografía

1.Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 396

EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARÍA ISABEL MARTÍN SÁNCHEZ

1 Introducción

El Servicio de Urgencias es un área que forma parte del hospital y que tiene una entrada propia y diferenciada al resto de entradas del mismo.

Es un servicio abierto y responsable de dar atención médica inmediata a pacientes que por diversas causas y gravedad necesiten atención urgente, por lo que estará dotado de medios técnicos y humanos necesarios para asegurar un nivel asistencial óptimo.

Entre ellos podemos destacar:
- Médicos de urgencias
- Facultativos especialistas del hospital (en presencia física o localizada)
- Enfermeras
- Matronas
- Técnicos de laboratorio
- Técnicos de radiología
- TCAE
- Auxiliares administrativos
- Celadores
- Personal de limpieza
- Servicio de Seguridad

Dentro de las Urgencias Hospitalarias, cabe destacar la diferencia entre Urgencia y Emergencia:

- Urgencia:
Según la OMS la urgencia es ”la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema (imprevisto o inesperado), de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.
También la define como ”toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de 6 horas”.

- Emergencia: es una situación crítica que implica un riesgo vital para el paciente y requiere una actuación inmediata.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador dentro de las Urgencias Hospitalarias desde que el paciente accede al dicho servicio, hasta su alta o ingreso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones básicas de celador en Urgencias Hospitalarias son:

1. Recepción del paciente:
Recepción y ayuda a los pacientes que vengan al servicio de urgencias, indicando y dirigiendo al paciente al servicio de admisión, siempre que sea posible.

2. Transportar al paciente en silla de ruedas, camillas, etc…

4. Control de personas:

Vigilar las entradas al Área de Urgencias, permitiendo sólo el acceso a las personas autorizadas para ello, así como el debido cumplimiento de las normas (no fumar, evitar que familiares y pacientes deambulen por pasillos…)

6. Ayudar al personal sanitario cuando sea necesario.

7. Avisar al personal sanitario o superiores cuando sea preciso.

Cuando el paciente ya ha sido recibido en puerta, también es función del celador:

1. Transporte y control interno, tanto de él como de sus familiares, indicándoles a éstos últimos el lugar de espera y vigilando siempre posibles comportamientos inadecuados.
Traslado del paciente a las distintas áreas internas, después de su triage.

2. Trasladar o mover mobiliario o cualquier tipo de objeto cuando se lo soliciten.

3. Transportar documentos y correspondencia. (No dándolos a conocer a familiares ni a ninguna otra persona).

4. Trasladar pruebas al laboratorio, o cualquier otra área requerida.

5. Conducir las comunicaciones verbales que le sean encomendadas.

6. Cuidar el orden en todas las dependencias.

7. Lograr que haya silencio en todo el servicio, tanto salas de espera, como en cualquier otro espacio.

7. Información general, no sanitaria, ni administrativa, siempre que estén dentro de su competencia.

8. Remitir a los familiares, al facultativo encargado de la asistencia del enfermo cualquier tipo de duda o pregunta a cerca del estado de salud del paciente, absteniéndose siempre el celador de dar información sobre diagnósticos, pruebas o tratamientos que se estén realizando.

9. Solicitar siempre la presencia del servicio de seguridad en caso de conflicto con usuarios o visitantes del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Una vez descritas sus principales funciones, se puede concluir que el trabajo del celador en el Servicio Hospitalario de Urgencias, es de gran importancia, puesto que es el primero en tener contacto con el paciente, debiendo de desarrollar la calidez , predisposición y empatía fundamentales para labor que va a desarrollar. Con el único fin de coincidir en el punto más importante en materia de salud, que es el bienestar del paciente.

Por este motivo, su trabajo requiere de una formación previa que le permita desarrollar todas sus funciones de forma adecuada.

El celador debe poseer capacidad de trabajo en equipo, ya que es una zona en la que es fundamental una buena comunicación y coordinación del equipo multidisciplinar del que forma parte.

6 Bibliografía

1. http://www.celadoresonline. blogspot.com/ Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
2. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
3. Formación continuada Logoss

Capítulo 397

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ

1 Introducción

Los servicios de urgencias sanitarias en el ámbito español tienen como función dar atención sanitaria a todos los usuarios del sistema sanitario público, atención sanitaria que se realiza durante veinticuatro horas al día.
Los servicios de urgencias son los encargados de tratar procesos que no admiten demora, es decir, que no disponen tiempo para ser atendido en la asistencia ambulatoria.
Las unidades de urgencias hospitalarios pertenecen a los servicios de urgencias de hospitales generales y de especialidades.
Depende de la carta de servicios que ofrezca el servicio de urgencias puede pertenecer a hospitales de tres niveles:
-Nivel uno: son los hospitales con menor especialización.
-Nivel dos: posee mayor número de especialidades que los hospitales de nivel uno.
-Nivel tres: son hospitales de referencia, es decir, que atienden todas las especialidades.
Recordemos que, la definición de urgencias sanitaria es: toda condición clínica que implica riesgo de muerte o de secuela funcional. Por lo que el servicio de urgencias por ser por riesgo de muerte o de secuela funcional debe de actuar inmediatamente y sin demora, en el menor tiempo posible y con la mayor eficacia.
El personal del Servicio de Urgencias debe de ser personal altamente cualificado, rápido y resolutivo para que las urgencias se atiendan lo más rápido posible.

2 Objetivos

Detallar minuciosamente y desarrollar las distintas funciones en las que interviene el celador en el equipo del 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 ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En el Servicio de Urgencias existen mínimo los celadores de puerta, celadores de boxes y celadores de área.

-El celador de puerta es la persona que se encarga de recibir a los pacientes, tanto los que llevan la piel en vehículos particulares o en ambulancias.

Llevarán o acompañarán al paciente al mostrador de admisión de urgencias, también lo podrán pasar al triage directamente según la gravedad del paciente.

El celador será la persona encargada de mantener el número de sillas de ruedas, camillas y balas de oxígeno suficientes en la entrada y en todo el servicio de urgencias.

Vigilará la entrada de urgencias, permitiendo el acceso solamente a las personas autorizadas, indicará y mantendrá el orden en la sala de espera de triaje. Cuando el paciente sea revisado por un facultativo de triaje se trasladará al boss que indique el facultativo.

-Celador de boxes: conducirá al paciente al box que le indique el facultativo de triaje, cuando llega al boxlo movilizará y lo colocará como le ordenen.

Trasladará al paciente a los diferentes servicios de urgencias para realizar pruebas como por ejemplo rayos, TAC, etcétera. También será el encargado de acompañar al paciente a la salida de urgencias cuando este le den el alta.

-Celador de área específica: las áreas específicas son tales como el quirófano, sala de hemodinámica, sala de yesos, sal vital, box, RCP, etcétera.

En la sala de yesos pasarán los enfermos de uno en uno, colocará el enfermo como le recomiende el facultativo y ayudará a colocar yesos, férulas, etc. Siempre respetando en todo lo posible al máximo la intimidad del paciente.

Ayudará con el aseo al paciente, trasladará aparatos y mobiliarios dentro de la unidad y llevarán al paciente a su habitación en el caso de ingreso.

5 Discusión-Conclusión

El celador en los servicios de urgencias es muy importante y debe de conocer el servicio de urgencias muy bien para actuar rápido y sin demora esto es preciso por la gravedad del paciente.
Debe de conocer con exactitud donde se encuentran todos los servicios de urgencias como también donde se realizan las pruebas a los enfermos. Por otra parte debe de conocer perfectamente el funcionamiento de todo el servicio de urgencias así como saber coordinarse con todos sus compañeros y con el resto del equipo.
En el Servicio de Urgencias siempre se tiene que trabajar en equipo para poder realizar la mejor atención para el paciente como también para conseguir la rapidez que este tipo de servicio necesita.

6 Bibliografía

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
https://www.scielo.org/es/
https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 398

DISPOSICIÓN POR EL PINCHE DE COCINA EN LA SEGURIDAD DEL PRODUCTO FINAL PARA CONSUMO EN PACIENTES

AGUSTIN PULIDO RINCÓN

SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ

LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ

CRISTINA TOMILLO BENITA

MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA

1 Introducción

La cocina es un zona o área reservada para la manipulación, control y elaboración de alimentos finales en el cual estará dotado del personal de chef o cocinero y contendrá de unos trabajadores a los que en cuanto a categoría profesional se les denomina, pinches de cocina. La cocina debe ser un entorno y lugar cómodo y totalmente habilitado para trabajar y a nivel de industria tiene que estar muy dotada, montada y estructurada ya que se deben efectuar y componer muchas y variadas dietas y posteriormente, proceder al emplatado, hay que servir multitud de platos. Todo ello debe de ser efectuado dentro de un programado y determinado horario, pues hay que elaborar, servirlos, recoger y proceder a su posterior

limpieza y todo ello debe de estar bien efectuado y comprobado. Para que todo esto se vea cumplido, hay que darle mucha relevancia a su infraestructura en la que se deberá tener en consideración una serie de peculiaridades.
En el planteamiento del servicio de alimentación de una cocina hospitalaria hay que garantizar siempre la calidad higiénico sanitaria de los alimentos que se preparan. Para ello es esencial el sistema de autocontrol instaurado en un servicio de cocina hospitalaria que pueden llegar a dar servicios diarios de hasta e incluso 1300 comidas al día y que algunas instituciones hospitalarias pueden llegar a tener 38 - 40 dietas diferentes y adaptadas a cada particularidad de los enfermos en cuanto a sus patologías. Se pone minuciosa atención a las temperaturas de las cámaras y frigoríficos y a los productos almacenados en ellos. Se tendrá en alta consideración las comidas que hay en el proceso de emplatado y las bandejas que van dirigidas hacia los distintos servicios como puede ser las plantas de pediatría, de traumatología, medicina interna, la de cardiología u otras. Para que todo esto pueda verse efectuado hay que mantener en continua formación al personal que va a efectuar sus funciones en la cocina.

2 Objetivos

Explicar y exponer las normas y pautas que se deben seguir para un correcto manejo e higiene y seguridad de los productos en la cocina.

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, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para una correcta y un adecuado cumplimiento de la seguridad en cocina hay que destacar una serie de directrices que deben ser cumplidas por el personal y otras son utilizadas para los alimentos:
-Para el personal trabajador.

Es esencial el lavado y limpieza de las manos antes de la preparación de las comidas y antes y después de ir al baño. Para ello es requerible la utilización de un jabón líquido o de barra y se lavará con energía, incidiendo en las palmas, el dorso y entre los dedos, se enjuagará las manos y se deberán secar con una toalla de papel. La ropa debe estar siempre limpia en cuanto a los pantalones serán largos y cerrados. Respecto a su aspecto debe cubrirse o atarse el pelo para prevenir la posible contaminación de los alimentos.

-Para los alimentos.

Hay que conservar las manos limpias y las uñas cortar y bien cepilladas. No se puede evidentemente fumar mientras se maneja y manipula la comida. No se debe estornudar ni toser encima o cerca de los de los alimentos. En caso de tener alguna lesión o herida en las manos se deben tapar y proteger pudiendo usar dediles o guantes de goma. Para el almacenamiento de los alimentos en las cámaras frigoríficas se debe saber que hay que separar los alimentos cocidos de los crudos. Los cocidos deben colocarse en la parte superior y los crudos en la parte más baja de las baldas. Los recipientes deberán ser cubiertos con un film de polietileno transparente. Se debe tener especial cuidado en que los alimentos no estén o entren en contacto con ningunas sustancias químicas. Se debe comprobar las fechas de caducidad de los productos alimentarios y no utilizar nunca los productos caducados.

Respecto a la seguridad en la cocina:

Es muy importante los aspectos de inocuidad y nutrición, innovación y calidad. La estructuración de sus instalaciones, parámetros, zona o áreas y mobiliario debe guardar cierta consonancia y funcionabilidad. También es de importancia tener desarrollada un protocolo o guía con los métodos necesarias para el control y seguimiento de los menús en preparación. La comida ya preparada debe estar dotada de estándares de calidad e inocuidad durante todo el trascurso de la cadena alimentaria, para la seguridad alimentaria la puesta en práctica de un correcto registro de control de comidas preparadas y otro de control todos los días de las instalaciones, los procesos, los procedimientos y los adecuados programas pueden llegar a ser muy útiles además, un sistema llamado de línea fría con un calentamiento incorporado en sus carros de distribución con importante finalidad de que los alimentos puedan servirse calientes y libres de contaminantes para una correcta trazabilidad y seguridad alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier persona puede estar cualificada y por lo consiguiente puede trabajar en un servicio público. En el caso de que se tengan dudas sobre el trabajo de algún proceso pueden ser resueltas con otros trabajadores de cualificación superior, la cual prevendrá y evitará errores que puede ser altamente negativos para la salud o la patologia del enfermo en un centro hospitalario.
En las zona o áreas de las cocinas de los hospitales comúnmente la gente esta bastante formada y preparada, las cuales siempre tienen especial cuidado en el manejo de los diferentes aspectos que se incluyen en la preparación de la alimentación para las personas hospitalizadas. Ya que esto repercutirá bastante la recuperación adecuada de la salud de aquellas personas que padecen alguna patologia.

6 Bibliografía

1. Castells Esqué Pere. Cocina-alimentación-futuro. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018 [citado 2022 Ago 21] ; 35(spe4): 49-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700009&lng=es.
Epub 28-Sep-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.2125.
2. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf
3. https://www.restauracioncolectiva.com/n/gestion-de-la-seguridad-alimentaria-en-cocinas-hospitalarias-nuevo-libro-aenor
4. Martín Folgueras Tomás, Velasco Gimeno Cristina, Salcedo Crespo Soledad, Segurola Gurrutxaga Hegoi, Benítez Brito Néstor, Ballesteros Pomar María D et al . Proceso de alimentación hospitalaria. Nutr. Hosp. [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Ago 21] ; 36(3): 734-742. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000300034&lng=es.
Epub 17-Feb-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.02543.
5. https://congresosicepa.com/seguridad-cocina-hospitalaria/
6. https://servinox.com.mx/blog/seguridad-e-higiene-en-la-cocina/
7. Gil Kenia. Seguridad alimentaria, comedores escolares y COVID-19. Reflexiones sobre el rol del nutricionista. An Venez Nutr [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Ago 21] ; 33(1): 80-90. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522020000100080&lng=es.
Epub 04-Abr-2021.

Capítulo 399

CLASIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LAS QUEMADURAS EN COCINA POR EL PINCHE

SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ

AGUSTIN PULIDO RINCÓN

LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ

CRISTINA TOMILLO BENITA

MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA

1 Introducción

Una quemadura será una lesión contra los tejidos del cuerpo ocasionada por el calor, sustancias químicas, electricidad, radiación o el sol. Las escaldaduras serán a través de líquidos calientes y vapor, los incendios en los edificios y los líquidos y gases inflamables son los causantes más comunes de las quemaduras. Otro modo de quemadura es la que se ocasionada por inhalación de humo o de partículas tóxicas.

Las quemaduras pueden ocasionar ampollas, hinchazón, cicatrices, en los sucesos más severos, shock e incluso la muerte. También pueden derivar en infecciones porque lesionaran la barrera protectora de la piel. El tratamiento de las quemaduras ira en dependencia del origen, en cuanto a la profundidad y área

del cuerpo afectada. Las pomadas dotadas con antibióticos pueden tratar o prevenir las infecciones. Para quemaduras más críticas, es posible que se requiera tratamiento para la limpieza de la herida, injertos de piel y cerciorarse que el paciente tiene suficientes líquidos y una adecuada nutrición.
Se cifran entre 60.000 y 80.000 las personas que precisan de un ingreso hospitalario del millón que sufren quemaduras en EEUU. De esos, 5.500 se encuadran dentro de los fallecidos a consecuencia de la gravedad de sus lesiones.
En España no se disponen de datos muy exactos sobre los quemados, pero por extrapolación con los países de nuestro entorno, obtenemos cifras de que 300 de cada 100.000 habitantes al año requieren intervención sanitaria por lo acuciante de las lesiones, lo que supone una cifra de 125.000 españoles y 1.000.000 de europeos afectos de quemaduras.
Los números de hospitalización se hallan en torno a 5.500 españoles, a razón de 14/100.000 habitantes.

2 Objetivos

Describir los agentes ocasionales de las quemaduras en las cuales están expuestos todos los pinches de cocina, debido al manejo y preparación de los alimentos.

3 Metodología

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

4 Resultados

CLASIFICACIÓN
Describiremos los causantes y a su vez observaremos su clasificación al respecto y en función del agente etiológico.
En cuanto a los factores o elementos que son los que pueden provocar una quemadura (qmd) podemos dividirlos en:
- Las Quemaduras Térmicas.

- Las Quemaduras Químicas.
- Las Quemaduras Eléctricas. a) Las quemaduras térmicas se congregan en torno a > 90 % del total de todos los quemados, desglosándose a su vez en:
- Qmd térmica por contacto.
- Por contacto con sólido caliente. Son quemaduras limitadas, pero bastante profundas.
- Por contacto con líquido caliente. Son quemaduras extensas, pero poco profundas.
- Qmd térmicas por llamas. Normalmente se producen cuando hay fuego en espacios limitados y suelen asociarse a quemaduras por inhalación de gases.
- Qmd por radiaciones. Rayos ultravioletas en exposiciones solares y por radiaciones ionizantes. b) Quemaduras químicas.
- Qmd por ácidos. Son quemaduras limitadas, y la profundidad de ellas depende de la prontitud con que las heridas hayan sido lavadas para disminuir la concentración del producto. Las qmd por ácido clorhídrico requieren especial atención por la capacidad del ácido de penetración intraorgánica, y que demandan el tratamiento de las lesiones con gluconato cálcico intratisular.
- Qmd por álcalis o bases. Evolutivas quemaduras y de mayor profundidad que las ácidas. c) Quemaduras eléctricas.
- Por flash eléctrico. Son quemaduras de corta duración (mL seg) y elevada potencia de 3.000 º C. Son quemaduras superficiales y conmueven a las zonas expuestas a la luz. No suponen un paso de corriente a través del organismo.
- Qmd eléctricas con paso de corriente a través del cuerpo. Son quemaduras con lesiones profundas, donde el daño real no es definible por la extensión de la herida, ya que puede haber rotura muscular, afectación ósea, tendinosa, nerviosa…

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver a través de la exposición de los agentes causantes de las quemaduras, en cuanto a la figura profesional del pinche de cocina, y en la descripción de este artículo, se observa y llega a la conclusión de que cualquier persona puede estar expuestas y ser vulnerable a la hora de que le ocurra un accidente de los mencionados, aunque en dependencia de que profesión realices tendrás más riesgo de exposición o menos, las quemaduras térmicas se observan en una incidencia del 90 % del total de las quemaduras con lo cual son las que más expuestos estamos en nuestras labores en la cocina.

6 Bibliografía

1. Collado Hernández Carlos Manuel, Pérez Núñez Vivian, Lorente Gil Sergio Ramón, Pérez Suárez Francisco Andrés. Caracterización clínica epidemiológica de las quemaduras del adulto mayor ingresado en el Hospital Celia Sánchez. ccm [Internet]. 2015 Sep [citado 2022 Ago 21] ; 19(3): 396-405. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300002&lng=es.
2. https://medlineplus.gov/spanish/burns.html
3. Farriol M., Venereo Y., Orta X., Company C., Gómez P., Delgado G. et al . Ingesta de antioxidantes y poliaminas en pacientes con quemaduras graves. Nutr. Hosp. [Internet]. 2004 Oct [citado 2022 Ago 21] ; 19(5): 300-304. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000500009&lng=es.
4. https://www.uninet.edu/tratado/c090802.html
5. http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20quemaduras%20conceptos%20claificacion.pdf
6. Saavedra O. Rolando, Contreras N. Claudia, Cortés P. Liliana, Cornejo A. Edith. Quemaduras en niños por volcamiento de cocina. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2001 Mar [citado 2022 Ago 21] ; 72(2): 121-127. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000200006.

Capítulo 400

HERIDAS Y LESIONES EN EL PINCHE ORIGINADAS DEL TRABAJO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ

AGUSTIN PULIDO RINCÓN

SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ

CRISTINA TOMILLO BENITA

MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA

1 Introducción

El riesgo y peligro al que están expuestos los pinches o trabajadores en las cocinas hospitalarias a la hora de la manipulación de los instrumentos afilados y cortantes, es de la ocurrencia de cortes, llegando hasta las amputaciones en los dedos es uno de los peligros más más prevalentes en el profesional de pinche de cocina, un alto índice de porcentaje de los accidentes que constan en esta categoría es debido a la incidencia de los cortes. Esta alta prevalencia se debe a la utilización y el manejo de los objetos cortantes y punzantes, de la maquinaria o herramientas y de los útiles de trabajo, que pueden provocar y derivar en las anteriormente citadas lesiones; podríamos no0mbrar muchos utensilios de los existentes en la cocina y casos que pueden ser los culpables de estos accidentes, mencionaremos los materiales peligrosos a continuación y son los siguientes: útiles de corte, como

los cuchillos, machetes, cortadores, entre otros y en cuanto a la maquinaria de la preparación de la comida, nos encontramos con las picadoras, utensilios de corte en mal estado, batidoras, existencia de latas y envases o vidrios con los bordes y cantos cortantes, lavado en los fregaderos de los cuchillos y por supuesto de los demás utensilios.
Un uso de los materiales de trabajo del modo correcto y adecuado además de que, facilitara las labores, funciones y el trabajo también va a verse repercutido beneficiosamente en la integridad física, previniendo sufrir cortes o lesiones. La etiología principal de las lesiones producidas por los cortes son una incorrecta manipulación de los utensilios, así como su inadecuado almacenamiento o que los citados se encuentren en mal estado.

2 Objetivos

- Determinar las medidas a llevar a cabo y efectuar para usar de forma segura los cuchillos.
- Analizar las medidas a llevar a cabo por los trabajadores para disminuir los cortes por cuchillos.

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

Los cortes o lesiones que son producidos por los cuchillos son la causa principal de la mayoría de incurrencia de los accidentes por amputaciones o cortes. Estos por regla general suelen ocurrir u ocurren en las manos o los brazos contrarios al que se coge el cuchillo o el material de corte que se esté utilizando, por lo que se dan las recomendaciones del uso de guantes adecuados y homologados, cuando sea requerido, así como no incurrir en distracciones. Para que los afiladores y

cuchillos o material de corte sean usados en cuanto a seguridad de la manera correcta hay que tener en consideración lo siguiente:
- Contener y estar dotados de un mango de seguridad.
- Adecuado mantenimiento en buena conservación y estado y bien afilados.
- Serán guardados y trasportados en su correspondiente funda.
- Debidamente ordenados y colocados después de su utilización en un lugar seguro y destinado a ello como pueden ser los soportes para cuchillos o las barras magnéticas.
- Deben manejarse para cada trabajo su correspondiente herramienta.

Las medidas a llevar a cabo por los pinches y trabajadores son:
- Ser conocedores de la información sobre el uso correcto de los distintos útiles de cocina que pueden realizar cortes.
- Protección y verificación correcta de que los equipos y materiales de trabajo tengan el marcado adecuado y homologado de CE.
- Asegurarse y disponer de un correcto uso de guantes homologados que protejan de las lesiones o cortes.
- Ser consecuentes con los peligros que pueden derivarse de la limpieza de herramientas o maquinas con superficies cortantes.
- Asegurarse de uso del mango antideslizante, en los cuchillos, así como conservar el filo de estos en adecuado estado, almacenarlos y trasportarlos con sus correspondientes fundas destinadas a ello, tras su utilización y manejo los cuchillos adecuados para cada función a ejecutar.

5 Discusión-Conclusión

Los cortes y lesiones en las cocinas son considerados como un accidente laboral demasiado común en el área de las cocinas, son derivados en demasiadas ocasiones por herramientas o cuchillos de trabajo que son usados con habitual asiduidad, por lo que podríamos definir en cuanto a los condicionantes y seria que es debido al exceso de confianza en el uso de los citados útiles, no por ello, en algunos casos, estos cortes son derivados por el uso de los útiles o equipos de cocina que no se encuentran conservados en buen estado, o que no están almacenados en su sitio o de la manera adecuada.

Para la prevención del riesgo de los cortes, hay que tener bajo control los elementos denominados cortantes, tanto de las máquinas de trabajo, como de los cuchillos que disponen de bordes cortantes, aplicando las medidas requeridas cuando se utilicen y usando los equipos de protección individual que sean requeridos y adecuados, ya que nos proporcionaran la protección adecuada en el

trabajo, como puede ser el uso de guantes.

6 Bibliografía

1. https://marcapl.com/blog/2017/09/trabajos-en-cocinas-factores-de-riesgo/
2. http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=01/04/2020-c99019605c
3. https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/cocina_es.pdf/86aac497-164e-8d18-cc39-0e57ac36c07e
4. https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-laborales-segun-los-lugares-de-trabajo/cocina/
5. https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/63795/TRABAJO%20MASTER-4-09-2015.pdf?sequence=1
6. https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocina-hospitalaria/
7. Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
8. Guía básica y general de Orientación para la Vigilancia de la Salud y Prevención de Riesgos laborales, 2015-2020 del Ministerio de Sanidad.

Capítulo 401

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos tiene como misión la recepción,observación y tratamiento de pacientes en estado grave o crítico que necesitan atención continuada y tratamientos intensivos.Se ocupa de pacientes con patologías graves y que supongan un peligro para la vida.Estos pacientes necesitan de una atención especializada y continua las veinticuatro horas del día,con vigilancia de sus constantes vitales mediante una monitorización invasiva.
Una unidad de cuidados intensivos debe de ser una zona independiente del hospital,pero que a su vez tenga un acceso rápido y directo del resto de los servicios del hospital como urgencias,quiròfano,radiología,laboratorio de analisis clinícos,microbiología,etc.
La unidad de cuidados intensivos está integrado por un equipo multidisciplinar constituido por:médicos especializados en medicins intensiva,supervisor de la unidad,enfermeros,técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores.
Los celadores destinados en este servicio,por las características de los enfermos encamados deben de estar muy bien preparados en el movimiento de los mismos,ya que deben de hacerse las movilizaciones con mucho cuidado y debe de tener un conocimiento de las posiciones a realizar.Siempre tienen que estar supervisados por enfermeros que a la hora de las movilizaciones,estarán pendientes de las conexiones del respirador,de los catetéres venosos y ateriales y de las sondas(vesical,nasogástrica),drenajes,etc,para evitar dañar al paciente y provocar su empeoramiento.

2 Objetivos

Adquirir los conocimientos necesarios para realizar de forma eficaz el trabajo en la unidad de cuidados intensivos y describir las funciones que realizan los celadores en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha consultado diferentes publicaciones por internet sobre artículos relacionados con el tema y para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores:funciones del celador,pacientes críticos,unidad de cuidados intensivos y también se ha consultado con temario de oposiciones.

4 Resultados

Las funciones para realizar los celadores en las unidades de cuidados intensivos son las siguientes:

-Trasladar al paciente desde la unidad dende este hasta la Unidad de Cuidados Intensivos llevando toda la documentación clínica del paciente.

-Trasladar y movilizar al paciente a la cama que tenga asignada en el box correspondiente,debemos de pasarlo extremando al máximo la seguridad y tener mucho cuidado al manipularlo ya que son pacientes más complejos de lo normal.

-Ayudar al personal de enfermería al lavado y aseo de los pacientes.

-Ayudar al personal de enfermería a realizar los cambios posturales.

-Vigilar el acceso al servicio,cuidando que las visitas se hagan dentro del horario establecido y los familiares vistan adecuadamente con batas,calzas,gorros y en los casos precisos mascarilla.

-Avisar a los familiares,autorizados por el médico,para que puedan visitar a los pacientes con las medidas debidas.

-Traslado de los enfermos acompañando al médico,enfermera y auxiliar para realizar pruebas diagnósticas que no pueden realizarse en este servicio como un skaner,resonancia,tac,etc,siendo el celador el responsable de la colocación de la botella de oxígeno en la cabecera o pie de cama y bajo la vigilancia de la enfermera adaptando y abriendo la botella.

-Ayudar al técnico de rayos en la movilización de los pacientes que lo requieran y trasladando el aparato portátil de rayos a los boxes de la unidad de cuidados intensivos.

_Ayudar a las enfermeras y a las auxiliares a amortajar a los fallecidos y trasladar los cadáveres al mortuorio.
-Transportar aparatos,documentación y materiales que les indiquen sus superiores.
-Para prevenir que los pacientes cojan infecciones los celadores deberán ir debidamente uniformados y llevar batas asépticas,que se renovarán cada vez que abandonen las Unidades de Cuidados Intensivos y procurar hacer ruidos innecesarios debido a las características de esta unidad.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores de las Unidades de Cuidados Intensivos,debido a las características de los enfermos,deben de estar muy preparados para la movilización y cambios posturales de los enfermos para facilitar la prevención de lesiones en estos pacientes,ya que una movilización brusca puede empeorar el estado del paciente y debe de prestar máxima atención al estado de su uniforme,al estar en contacto directo con estos pacientes debe de utilizar batas asépticas para evitar que cojan infecciones para no empeorar su estado,también en estas unidades debemos procurar de hacer ruidos innecesarios.
El celador de este servicio formará parte del equipo multidisciplinar y realizará un refuerzo al personal de la unidad.

6 Bibliografía

-Manual del Celador de Instituciones Sanitarias.Editorial MAD:
-www.cgdformacióm.com-El Celador en Cuidados Intensivos.

Capítulo 402

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

REBECA CANTELI RIVERA

1 Introducción

Una urgencia es cualquier problema de salud, tanto subjetivo como objetivo, que requiera de actuación inmediata por parte del personal sanitario a causa de su riesgo intrínseco vital, para la integridad física del paciente.
En cuanto al celador, deberá colaborar en las tareas encomendadas dentro del departamento de urgencias.
Los celadores realizan múltiples funciones, las cuales vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, en este caso nos vamos a fijar en importante trabajo que desempeña el celador en el servicio de urgencias, por ello es imprescindible saber qué tareas deben realizarse en cada área ya que serán dependiendo el lugar.
Al área del hospital de Urgencias se accede por una entrada localizable fácilmente para que los pacientes que requieran una actuación sea inmediata por parte del personal sanitario por un riesgo a su integridad física.
Cuando el paciente ha accedido a dicho área, pasará por triaje, y una vez se le haya hecho una evaluación inicial y valorado, nosotros como celadores seremos los encargados de que haya siempre camillas y sillas de ruedas, para así poder transportarle en cualquiera de ellas si fuera necesario, con el fin de dejar al paciente en el lugar asignado por el facultativo, aparte colaboraremos en las tareas encomendadas dentro del departamento de urgencias.

Conoceremos y analizaremos las funciones principales del celador en las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Saber qué tareas deben realizar los celadores en cada área del servicio de urgencias hospitalarias ya que serán dependiendo del lugar.
Objetivos secundarios:
-Exponer y enumerar algunos de los aspectos más importantes de la función del celador en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, examinando varios análisis e investigaciones: Comsalud, Seslap, Emawwe, Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de dichas publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.
En los criterios de selección se estableció que fueran publicadas en los últimos 8 años y en idioma español e inglés.
Por otro lado, las plataformas como Google Académico o Ocronos se han utilizado usando palabras clave como “celador en urgencias” y “urgencia médica”.

4 Resultados

Los celadores en situaciones extremas tendrán que realizar el papel que les encomiende el equipo que controla el departamento de urgencias, el plan de emergencias y catástrofes.
Primarán las funciones de transmisión de información verbal o escrita, transporte de muestras y pacientes, movilización adecuada de las víctimas, traslado de las mismas y labores de ayuda en la asistencia médica de las víctimas según indique el personal a cargo.
Por lo tanto, será de vital importancia estar a total disposición del personal a cargo en la urgencia, siendo necesario recoger la máxima información de la emergencia procedente de la centralita, así como aprovisionarse del equipo necesario

para acudir al lugar de la emergencia bajo órdenes directas del jefe de intervención.

Dentro del propio servicio de urgencias de cada hospital se distribuye, por funcionalidad y operatividad, en varias salas: admisión, de triaje y atención a críticos, boxes y sala de espera y observación.

Las tareas principales del celador:

- Recepción del paciente, ya vengan en ambulancia o por sus propios medios como en un coche. Quien lo necesite les ayudaremos en el traslado hacia el interior, al triaje y a la consulta del médico de guardia, ya sea en silla de ruedas o en camilla, según sea el estado del enfermo.
- Si la situación lo requiere, avisaremos al personal sanitario para que actúen con celeridad.
- Mantener el stock necesario de camillas y sillas de ruedas en la entrada del servicio de urgencias
- Vigilar las entradas de Urgencias, evitando que accedan personas no autorizadas a las dependencias y permitiendo las que estén autorizadas.
- En situaciones extremas tendrán que realizar el papel que les encomiende el equipo que controla el departamento de urgencias, el plan de emergencias y catástrofes.
- En cuanto a los boxes, departamentos internos dentro del servicio de urgencias, existen otras funciones específicas como movilizar al paciente, colocándolo en la posición que nos indiquen con a la ayuda del personal auxiliar, acompañándole a realizar las pruebas diagnósticas, llevando muestras de orina o al servicio de radiología, quirófano, ingreso en planta o bien trasladarlo al lugar indicado por el facultativo.
- Si el paciente necesita ser hospitalizado y trasladado a planta, bien sea en camilla o en silla de ruedas, será destinado por la unidad administrativa de admisión de enfermos. El celador hace entrega del enfermo al celador de planta y vuelve a su sitio inicial de urgencias. En caso de no haber celador de planta, le acompañará hasta su habitación junto al acompañante..

Y aunque comprobamos que, en este puesto en concreto, el celador tiene sus funciones limitadas. No obstante, requiere mucho dinamismo, humanismo, paciencia y espíritu de equipo.

Por ello es fundamental la función del celador ya que para los pacientes es de suma importancia su movilización cuando tienen alguna discapacidad que les impide su movimiento.

Además, son los encargados de dirigirnos por las instalaciones hospitalarias, son estos profesionales los que conocen cada instancia y sus diversos funcionamien-

tos.
También se puede definir las funciones del celador de urgencias, dependiendo de área donde se encuentre trabajando:
1. Celador de puerta:
- Nunca dejará la puerta sin atención.
- Vigilancia de las entradas, no permitiendo el acceso al personal no autorizado.
- Mantenimiento de las normas de convivencia general.
2. Celador de boxes:
- Instalar al paciente en el Box.
- Trasladar/acompañar al paciente a la realización de pruebas diagnósticas.
- Llevar muestras de orina, sangre… al laboratorio.
- Ayudar en punciones lumbares y otras pruebas que requieran movilización.
- Traslado del paciente hasta el medio de transporte en la entrada cuando es dado de alta.
3. Celador de áreas específicas dentro del servicio:
- Custodiar la zona quirúrgica de toda persona ajena al área de urgencias.
- Traslado y control interno de paciente y familiares.
- Ayuda al personal sanitario en general.
4. Celador de ambulancias:
- Trasladar a los pacientes en camilla o silla desde la ambulancia al centro sanitario y viceversa.
- Pasar al paciente desde la camilla del hospital hasta la de la ambulancia.
- Ayudar al paciente a introducirse en la ambulancia.
- Dentro de la ambulancia ayudará la personal sanitario en las mismas tareas que les corresponden con respecto a los pacientes encamados del hospital.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias de un hospital será un lugar de riesgo vital para muchos de los pacientes que llegan, por ellos los celadores, resultamos básicos para el control y el orden de entrada de los pacientes. somos quienes recibimos a los pacientes, por ello su aptitud y predisposición es fundamental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias.
En el servicio de urgencias es muy importante la colaboración y el trabajo en equipo, siendo el celador imprescindible apoyo del servicio de emergencias, ya que realiza funciones diversas y de soporte al resto de personal sanitario, para conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad, efectiva y la actividad se desarrolle en el servicio de forma adecuada.

Todos los celadores que trabajen en servicio de urgencias deberán estar muy bien preparados en la materia ya que se trata de un lugar de riesgo vital para muchos de los pacientes que llegan.
Cabe decir que la función del celador de urgencias es limitada, pero es imprescindible para que el trabajo en el área de urgencias de un hospital se eficiente y efectiva. Pero tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con las funciones bien definidas el trabajo será realizado con normalidad y eficacia, sabiendo la ubicación de los diversos sitios lo que permite la rapidez y eficacia.
El celador es la primera persona con la que el paciente tiene contacto al acudir a un hospital, por lo que dependiendo del trato que se le dé a este, puede depender la predisposición y actitud con la que se enfrente el paciente y los familiares al resto del personal sanitario. Este es el motivo por el que los celadores deben ser personas amables, serviciales, con empatía, asertividad y con facilidad de palabra a la hora de tratar con los demás.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://revistamedica.com/
- http://celadoresonline.blogspot.com
- www.astursalud.es
- www.fysa.es
- Orden Ministerial de 5 de julio de 1971, España. Ministerio de Trabajo. BOE nº 174 de 22 de julio de 1971.
- Ley 55/2003, de 6 de Diciembre del Estatuto marco del personal Estatutario de los servicios de Salud. España. Congreso de los Diputados. 2003. BOE nº 301 de 17 de Diciembre de 2003.

Capítulo 403

SERVICIO DE FARMACIA Y EL DESEMPEÑO POR EL CELADOR

PABLO DÍAZ DE GRACIA

JULIO ARÉVALO CANO

CRISTINA ALONSO GUTIERREZ

MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA

LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO

1 Introducción

Según nos establece la ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y del uso racional sobre los medicamentos y asimismo de otros productos sanitarios, queda establecido que los hospitales, que tienen de dotación más de cien camas, disponen de un servicio específico de unidad o área de farmacia para el paciente enfermo ingresado. Todo dependerá del volumen de trabajo, de las actividades y sobre todo del tipo de hospital, se tiene constancia que por regla general se necesita y se nota la escasez y la premisa de más farmacéuticos adicionales en las farmacias de los hospitales.
El desempeño del celador en esta unidad o servicio es muy significativo e importante, por eso es fundamental que siempre esta figura profesional esté presente. Los servicios o unidades de farmacia de los centros hospitalarios inclusive los centros de salud y las estructuras de la atención en sanidad y a la salud, están obligadas a conferir, suministrar y a dispensar los medicamentos y fármacos que

se les pidan y soliciten en los contextos legales y convenidamente instauradas y establecidas.
El celador en el servicio o en las unidades de farmacia llega a desempeñar responsabilidades como la admisión de material, movilizar y ubicar el material que sea más pesado, así como transportarlo y trasladarlo dentro de las secciones de farmacia. De igual modo, reubicará los carros con los fármacos y medicación a las diferentes unidades o servicios hospitalaris y efectuará los inventarios de los materiales.
Los servicios o unidades de farmacia acometerán una adecuada y conveniente gestión y una mejor utilización de los medicamentos, efectuando para ello siempre un uso racional. El celador, en el desempeño de sus competencias , ayudará a que el servicio o la unidad de farmacia pueda llevar a buen término todas sus funciones.

2 Objetivos

Conocer e identificar los diferentes y múltiples desempeños del celador en el servicio o unidad de farmacia y la importancia que tiene su trabajo en esta unidad.

3 Metodología

Para efectuar el presente capítulo se ha efectuado una revisión sistemática de artículos científicos sobre el tema a tratar. Para ello se ha buscado información en páginas especializadas como Scielo, Cinahl, Scopus y Elsevier, utilizando como palabras clave: celador, área, zona, unidades de farmacia, funciones.

4 Resultados

Los centros o instituciones hospitalarias deberán siempre disponer de servicios, zonas, áreas o unidades de farmacia hospitalaria por supuesto conforme a los mínimos instituidos por la ley. Las funciones y desempeños en cuanto al servicio o unidad de farmacia hospitalaria es instaurar, organizar, estructurar, establecer un sistema eficaz a la par que seguro referente a la distribución en los fármacos y medicamentos, para garantizar y aseverar su correcta gestión, salvaguardar y así poder dispensar los productos farmacéuticos en período o etapa de investigación clínica y a su vez velar por el adecuado y conveniente cumplimiento de

la legislación sobre medicamentos de las sustancias consideradas psicoactivas o de cualquier tipología de otro fármaco que demande de un control especial.
El celador en el servicio de unidad de farmacia se comisiona de la recepción de los materiales, siempre asegurándose y comprobando que dicho material corresponde con los albaranes y entregando una copia del referido albarán al personal de la unidad sanitario. En el suceso de un error en algun material de lo suministrado, no se debe llegar a recoger y se establece que se debe poner en conocimiento del responsable de la unidad de farmacia.
Este material admitido por el el celador lo entregará al personal sanitario, junto con la correcta y acorde copia del albarán que se concierna con el material, para que los servicios administrativos lo gestionen y contabilicen la entrada de este con el objetivo y finalidad de que lo clasifiquen, lo ordenen y coloquen en sus estantes.
Hay que tener en consideración que algunos productos específicos son acondicionados y son colocados derechamente por el celador, como puede ser, las bombonas de alcohol, los botes de loos sueros fisiológicos, entre muchos otros.
El celador no es el responsable, ni encargado de colocar los medicamentos, solo se encargará como hemos referido del alcohol o los botes y botellas de suero. Por otro lado, el celador va a distribuir la medicación y repartirla a las plantas o unidades que le demanden del hospital, prepara el alcohol y asisttira con el personal y el equipo sanitario en los inventarios.
El profesional celador un desempeño a realizar es la repartición con rapidez, eficiencia y por supuesto eficacia del material a las diferentes y diversas unidades o servicios hospitalarios. Cuando el material a repartir es considerado muy voluminoso o por que pesa demasiado, lo llevará en unos carros que son destinados para ese fin.
El celador de la unidad de farmacia convendrá efectuar los recuentos y comprobaciones correspondientes y con la periodicidad establecida del material que estos le sean atribuidos en su responsabilidad, asumiendo por objeto comprobar las existencias verdaderas y reales de los géneros almacenados, esto se efectuara en el recuento que se hace cuando se ejecuta el inventario general, este por norma general suele ser anual, para conocer la existencia real y veraz del material almacenado.

5 Discusión-Conclusión

El celador, en su actualización en el servicio de la unidad de farmacia, será siempre supervisado por el personal o por el el equipo de enfermería y el farmacéutico

responsable. Su desempeño es indispensable en esta unidad, entre otras cosas, porque se encarga de entregar la medicación de los enfermos y así abastecer a las unidades de hospitalización, siempre siendo puntual para que el servicio funcione convenientemente.

El servicio de farmacia en los hospitales es importantísimo y fundamental, ya que aprovisiona al resto de servicios de los materiales sanitarios. Para ello, las unidades o servicios de farmacia de los hospitales efectuarán ocupaciones para una eficiente, una conveniente gestión y así poder alcanzar un mejor uso y un mejor control de los medicamentos, es decir, lograr un uso racional de los fármacos.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la farmacia. http://www.celadoresonline.blogspot.com.
2. El servicio de farmacia. http://www.cgtsanidadlpa.org.
3. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios. http://www.boe.es.

Capítulo 404

SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO EXPOSICIÓN Y MUESTRA POR EL CELADOR

JULIO ARÉVALO CANO

PABLO DÍAZ DE GRACIA

CRISTINA ALONSO GUTIERREZ

MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA

LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano se ocasiona cuando el nervio mediano, a su paso por la muñeca, queda comprimido, afectando la sensibilidad y la actividad motora de la mano.
Los síntomas comienzan con una sensación de hormigueo, entumecimiento de la mano, en particular, en el dedo índice y sus adyacentes, las molestias pueden irradiar hasta el codo, y cursar con dolor.
Las causas que provocan esta patologia son múltiples, y están relacionadas, tanto con el estado de salud previo, como, con el tipo de trabajo que se efectúa.
El diagnóstico, se efectúa mediante la observación de los síntomas, aplicando las pruebas de Phalen y Tinel-Hoffman, o pruebas como la Electromiografía. No

es una patologia grave, pero si que menoscaba la capacidad del paciente para manipular objetos.
En el ámbito sanitario, el síndrome del túnel carpiano es una lesión bastante común, tanto entre el personal administrativo, como entre los profesionales que se ocupan del cuidado de los pacientes.
El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, encuadra esta dolencia, dentro del grupo de patologías profesionales en el sistema de la Seguridad Social.
Según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, recogidos por statista.com, solo durante 2017, en España se registraron 815.000 sucesos de esta patologia, este dato, muestra la alta incidencia, que el Síndrome del túnel carpiano, tiene en este país.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Definir el Síndrome del túnel carpiano.

Objetivos secundarios:
- Estudiar los elementos desencadenantes de esta patologia.
- Examinar la normativa que encuadra y regula esta afectación, como patologia profesional.
- Valorar las medidas y medios, que aplican los centros sanitarios, para reducir el riesgo de sufrir esta patología.
- Considerar las medidas, medios y tratamientos, que debe adoptar el personal ante esta patologia.

3 Metodología

- Búsqueda bibliográfica en buscadores de internet, usando palabras clave; túnel carpiano, Phalen, Tinel-Hoffman, electromiografía, patologia profesional, ergonomía.
- Revisión del tratamiento legal, dentro de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y codificación por el cuadro de patologías profesionales de la Seguridad Social.
- Revisión de revistas y estudios médicos el síndrome del túnel carpiano, y trabajos acerca de la prevención y la ergonomía en el síndrome de túnel carpiano.

4 Resultados

El túnel carpiano, está situado en la parte flexora de la muñeca, lo forman ocho huesos, llamados carpos, unidos por una banda transversal, a modo de túnel, por cuyo hueco discurren los nervios, tendones y venas, para adentrarse en la mano.
El síndrome del túnel carpiano, se ocasiona, por una reducción del diámetro del hueco, o bien por un incremento del volumen de los elementos que lo atraviesan, con el consiguiente aplastamiento de éstos, el riego sanguíneo se paraliza, e impide al nervio medio, ejercer de trasmisor de las células sensitivas, y a los tendones flexores, accionar el movimiento en los dedos.
Esta patologia, no se debe a una única causa, sino que se deriva de múltiples elementos, y cuantos más se juntan, mayor es la probabilidad de padecerla.
Elementos de salud:
-Patologías inflamatorias, como el reuma, la artritis.
-Patologías metabólicas, como la diabetes, la obesidad.
-Infecciones agudas de la mano.
-Efectos secundarios de algunos medicamentos, por ejemplo, los anticonceptivos .
-Cambios hormonales, como pueden darse, durante el embarazo, o en la menopausia.
-Antiguas lesiones, como, fracturas, luxaciones o esguinces en la muñeca.
-Constitucionales, por ejemplo, tener el túnel carpiano muy estrecho.
Elementos laborales:
-Adoptar posturas incómodas o dolorosas, con manos o brazos.
-Efectuar movimientos repetitivos, forzados, de presión o pinza, de modo continuado.
-Apoyar el talón de la mano, de modo prolongado o repetidamente, sobre superficies, duras o con aristas.
-Levantar o mover cargas pesadas.
-Falta de ergonomía en el puesto de trabajo.
El valor de cada elemento fluctúa, en función de la intensidad del riesgo, el tiempo de exposición y la frecuencia con que se ocasiona.
El síndrome del túnel carpiano, como patologia profesional:
El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, clasifica el síndrome del túnel carpiano, entre la lista de patologías profesionales del sistema de la Seguridad Social, y fija los criterios de notificación y registro.
La mutua laboral, es quien se ocupa de diagnosticar la dolencia, hacer su registro como patologia profesional, además, se encargará de la atención y tratamiento

médico del paciente, y en suceso de precisar baja médica, cubrirá la prestación económica.
Tendrá consideración de Patologia Profesional, cuando se hayan podido descartar, elementos previos de salud, y responda a evidentes elementos laborales.
Si la afección deriva, del daño sufrido en el nervio mediano, por un accidente de trabajo documentado, el tratamiento legal será de Accidente Laboral.
Prevención y Riesgos Laborales:
Dentro de la prevención de los riesgos laborales, La Ergonomía, se ocupa específicamente de prevenir el Síndrome del Túnel Carpiano.
Medidas de prevención de la empresa:
En los puestos de trabajo, en los cuales se efectúa movimientos repetitivos, la empresa, debe hacer una evaluación ergonómica, tanto del trabajador como de su entorno laboral, y tras el estudio, especificar los riesgos detectados y proponer las medidas preventivas.
La empresa, tiene la obligación, de ejercer el control y la vigilancia de la salud del trabajador, mediante reconocimientos médicos periódicos, orientados a detectar los primeros síntomas, tratarlos y seguir su evolución.
Informar y formar, a los trabajadores, a cerca de, la patologia y su prevención, proponiendo estrategias para minimizar los riesgos, protocolos ante las posturas forzadas y neuropatías por presión, y enseñando técnicas que faciliten el movimiento de cargas.
Medidas técnicas: Rediseñar el escenario de trabajo y los equipos, atendiendo a principios ergonómicos. Mecanizar y automatizar, aquellos trabajos, donde sea posible.
Medidas organizativas: Reestructurar, los tiempos de trabajo y los cambios de tareas, a fin de evitar la sobrecarga muscular, y la monotonía. Establecer tiempos de descanso, y así, aminorar el tiempo de exposición al riesgo y la intensidad del esfuerzo.
Dotar al personal, de los equipos de protección individuales (Epis) adecuados.
Medidas de prevención que debe adoptar el profesional:
El trabajador debe conocer, qué es el síndrome del túnel carpiano, su riesgo de exposición, cómo se ocasiona, las causas, y finalmente las medidas de prevención.
Debe modificar las actividades manuales que ocasionan la compresión del nervio mediano. Conocer los protocolos posturales y adoptarlos. Reducir las posturas y movimientos forzados y repetitivos de las articulaciones. Ejercitar las manos y los dedos mediante estiramientos .
Adaptar el entorno de trabajo. Elegir útiles adaptados a la mano, en tamaño, forma o prevalencia, ya sea diestro o zurdo. Utilizar teclados y ratones ergonómi-

cos, o soportes de muñeca. Evitar utensilios que requieran, posiciones articulares forzadas, ejercer una fuerza excesiva, o efectuar movimientos repetitivos con las manos.
Hacer un uso correcto de los elementos de oficina, y revisar periódicamente su mantenimiento, de lo contrario, útiles como, tijeras, grapadoras o saca grapas, pueden propiciar lesiones en las manos.
Tratamiento de la patologia:
Aplicación de férulas, como ayuda para mantener la posición neutra de la muñeca, ya sea durante la noche, o para efectuar la actividad laboral. Ejercicios de estiramientos y fortalecimiento muscular a nivel de muñeca, con el fin de mejorar la movilidad de la muñeca, y a la vez aliviar el dolor.

5 Discusión-Conclusión

- Para empezar, en base a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995, de 8 de noviembre, "La empresa, tiene la obligación de velar por la salud de los trabajadores", tiene pues, la responsabilidad de hacer un estudio de los riesgos laborales, implantar las medidas oportunas, y activar protocolos de vigilancia y control de la salud de sus trabajadores,
- El trabajador debe estar atento a los primeros síntomas de la patologia, solicitar en su empresa un parte de asistencia para acudir a la mutua de accidentes de trabajo y patologías profesionales, para comenzar el tratamiento lo antes posible
- El Síndrome del Túnel Carpiano es una patologia evitable, se puede y se debe prevenir, ya no solo por razones sanitarias, sino también, por el ingente gasto que comporta, por tanto, las empresas y los profesionales, deben de tomar medidas de prevención, de modo conjunto para que éstas sean realmente efectivas.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de patologiaes profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales
3. https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/patologiaes/sindrome-deltunel-carpiano/definicion
4. https://www.fundacionmapfre.org/educacion-divulgacion/seguridadvial/movilidad-segura-salud/sabias-que/sindrome-tunel-carpiano-conduccionsegura/

5. https://es.statista.com/estadisticas/1037940/numero-de-sucesos-de-sindromedel-tunel-carpiano-en-espana/
6. https://revistamedicojuridica.com/blog/2021/02/21/estudio-del-sindrome-deltunel-
del-carpo-en-el-ambito-laboral/
7. http://tusaludnoestaennomina.com/wp-content/uploads/2014/06/Sindromedel-tune-carpiano.pdf

Capítulo 405

EL ÁREA O UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA: EL PAPEL DEL CELADOR

CRISTINA ALONSO GUTIERREZ

PABLO DÍAZ DE GRACIA

JULIO ARÉVALO CANO

MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA

LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO

1 Introducción

La Unidad de Cuidados y vigilancia Intensivos, comúnmente, a su vez conocida asimismo como UCI, es una de las unidades más específicas y especiales en las que la principal función es brindar un cuidado integral a los pacientes/usuarios cuya salud esta crítica y/o pudiera estarla y que precisan y necesitan vigilancia de 24 horas bajo los profesionales y equipos de la salud.
El celador de UCI forma parte del gran equipo de sanitarios y ejerce una gran labor al personal de la unidad.
El Celador situado en cuidados intensivos, debe estar muy bien preparado, y que la mayoría de los pacientes/usuarios padecen de una movilidad muy reducida o incluso nula y una de sus funciones más importantes son los cambios posturales, ya que estos pacientes/usuarios requieren de un gran cuidado para que su estado actual de salud no empeore. Por ello, los celadores que están destinados en dicho servicio, igual que en el servicio de quirófano, deben tener mucho un minucioso

cuidado al estado de su uniforme, teniendo que conocer la obligación y la necesidad de manejo y utilización de batas asépticas cuando hay contacto con algunos pacientes/usuarios con peligro de contagio, el, y todo el personal sanitario de la unidad. Dado a las especiales características que tiene la unidad de cuidados intensivos, hay que ser minucioso y mantener el silencio en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Describir las obligaciones del celador y las medidas manejadas de protección utilizadas en esta unidad de cuidados intensivos durante la actual pandemia causada por Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones transcendentales y esenciales del celador, entre otras, serian:
Llevar al paciente/usuario desde el punto de partida correspondiente hasta la unidad UCI, teniendo que llevar consigo la documentación e historial médico del enfermo.
Con ayuda del sanitario correspondiente, movilizarán y trasladan al paciente/usuario a la cama en el box correspondiente. Hay que tener claro que los pacientes/usuarios ingresados en esta unidad, hay que tener más cuidados de lo normal, por ello se deben movilizar extremando al máximo la seguridad y el cuidado del paciente/usuario.
Las pautas por seguir con la pandemia actual del celador varían muy poco, a nivel profesional, en esta unidad, ya que los parámetros y protocolos de desinfección, movilidad y estructura es prácticamente igual a la hora de manipular un paciente/usuario SAV.
El celador tendrá en consideración en todo momento el circuito del traslado del paciente/usuario, desde la unidad de cuidados intensivos, siguiendo las medidas

de protección y desinfección precisas, para evitar la posibilidad de contagios. se establece un protocolo del circuito del traslado, de la organización de los intervinientes sanitarios y no sanitarios (celadores, seguridad, etc.) y de las medidas de protección empleadas (equipo de protección individual, limpieza, etc.).
Las indicaciones del plan de acción deben interpretarse individualmente para cada paciente/usuario, y debe priorizarse el juicio clínico.
Estas recomendaciones pueden evolucionar a medida percepción de la enfermedad y la situación epidemiológica en España. Estas encomiendas de manejo clínico no incluyen el control de exposición.
La susceptibilidad de los pacientes/usuarios ingresados en la unidad de cuidados intensivo requiere estrictas precauciones por parte de los celadores que trabajan en esta unidad.
El brote de un nuevo virus, detectado por primera vez en Wuhan (China) en diciembre de 2019, fue la causa de una nueva enfermedad conocida como Covid-19.
La situación provocada por la Covid-19 ha causado el ingreso masivo de personas infectadas en UCI. Las infecciones por coronavirus producen manifestaciones clínicas de diversa gravedad y, en casos graves, progresan a insuficiencia respiratoria llegando, por desgracia, al fallecimiento del paciente/usuario.
Las funciones de los celadores en la unidad de cuidados intensivos con paciente/usuarios hospitalizados con Covid-19 y las medidas de protección que se aplican se resumen a continuación:
1. Funciones y recomendaciones realizadas por el celador de la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia de Covid-19.
Su misión es la colaboración en el reclutamiento de paciente/usuarios.
Los celadores y el equipo de la unidad corren un peligro de exposición alto y se recomienda:
- Mascarillas quirúrgicas para los enfermos.
- Traje de aislamiento corporal (EPI), doble mascarilla, bata, guantes, protección ocular contra salpicaduras, higiene de manos, precauciones estándar de aislamiento, gotas y exposición.
- Tarea: cambios posturales, ayudar al aseo, transportar muestras y material preciso en la unidad.
- Lavarse las manos cada vez que salimos un box.
- No reutilizar las batas, calzas y gorros para entrar en otro box.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en servicio de UCI con la pandemia actual es un refuerzo grandísimo al equipo sanitario de la unidad a la hora de manipular al paciente/usuario en tales circunstancias. Las medidas de seguridad ante estos pacientes/usuarios son de por sí muy estrictas y se elevan más las precauciones a la hora de movilizarlos. Responder a una situación de crisis relacionada con la pandemia de Covid-19 tiene un impacto significativo en las medidas de seguridad de las funciones ejecutadas por los profesionales médicos y en orden. Esta condición tiene el potencial de ser emocionalmente agotadora para los profesionales de la salud, ocasionando grandes daños tanto físicas como mentalmente a los pacientes/usuarios y profesionales.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-paciente/usuario-critico-unidad-cuidadosintensivos-
covid-19/
2. https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/Curso-el-celador-en-la-UCI.pdf
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/test/test_0511c.htm
4. https://revistamedica.com/celador-coronavirus/

Capítulo 406

TRABAJO SOCIAL SANITARIO: ANSIEDAD Y ESTRÉS POR COVID-19

CARMEN MARÍA GONZÁLEZ MOLERO

1 Introducción

El estrés es una respuesta adaptativa normal, necesaria para que nuestro organismo responda eficazmente ante situaciones que requieren un esfuerzo extra. Sin embargo, situaciones de crisis y concretamente la crisis humanitaria, social y económica que hemos sufrido y que estamos sufriendo debido al COVID- 19 pueden dar lugar a niveles de estrés más altos.

Todos los profesionales sanitarios asumen más responsabilidades, trabajan más horas, más presión y más volumen de trabajo; y los trabajadores sociales sanitarios no son ajenos a eso. La presencia de una respuesta prolongada de estrés puede derivar en un aumento del agotamiento psicológico o burnout.

El burnout está compuesto por tres dimensiones:

-Cansancio emocional.

-Despersonalización.

-Sensación de ineficacia.

Las profesiones que conllevan contacto continuado con el sufrimiento humano, como sanitarios o trabajadores sociales, presentan un mayor riesgo de padecer estrés laboral dando lugar a múltiples consecuencias:

- A nivel físico: fatiga crónica, insomnio, cefaleas y migrañas o alteraciones cardiovasculares. - A nivel emocional: ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, baja satisfacción laboral, desmotivación, dificultades en la concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración, impotencia o fracaso y deseos de abandonar el trabajo.

- A nivel conductual: absentismo laboral, consumo y abuso de drogas, hostilidad, alteraciones de la conducta alimentaria, baja productividad laboral y falta de competencia El cansancio emocional es la puerta de entrada para que muchos profesionales comiencen a emplear estrategias de afrontamiento y protección relacionados con la desconexión emocional y la evitación experiencial, lo que conlleva un desgaste profesional progresivo.

Lamentablemente su prevalencia es muy elevada y, aunque no está considerado un problema mental, si supone un problema de salud y psicológico. La evitación experiencial se define como un patrón de respuesta que se compone de una serie de conductas que se dan con el objetivo de controlar o evitar emociones, pensamientos, sensaciones o recuerdos negativos, así como las circunstancias que los generan; el covid-19. Dicho conjunto de respuestas, somete a la persona a un patrón de comportamiento que, a pesar de ser eficaz a corto plazo, a largo plazo genera un efecto contrario, produciendo más sufrimiento.

Los trabajadores sociales están continuamente expuestos al sufrimiento de otras personas y colectivos específicos. Es normal y frecuente que, ante el contacto de emociones intensas y situaciones complejas y delicadas de los individuos a los que atienden, comiencen a experimentar emociones como ansiedad y depresión. Ante estas emociones, conductas que implican desconexión emocional son habituales, como no escuchar a sus usuarios con atención plena, no establecer relaciones significativas, no involucrarse demasiado para no sufrir ni sentir culpa, etc.

El covid-19, es un virus, al que nos tendremos que acostumbrar porque vamos a tener que convivir con él. Ya han pasado casi tres años desde las primeras noticias de este virus en los telediarios. Lo que no sabíamos de aquella era todos los problemas psicológicos y de muchas otras índoles que nos iba a acarrear. Estos problemas son fundamentalmente estrés, ansiedad, aislamiento, problemas económicos… Todo lo que sabíamos en ese momento era las muertes y los problemas de salud tan importantes que conllevaba el virus.

La ansiedad es un sentimiento de pánico e inestabilidad producida por una situación de estrés. Lo que nos produce a nivel psicofisiológico agitación, mareos, sudor, taquicardia, nervios, irritabilidad… Tendemos a rehuir de la situación que nos produce la ansiedad. La ansiedad, en su justa medida, puede ser positiva, ya que nos hace estar atentos y preparados para la acción ante un acontecimiento estresante. El problema radica cuando esa situación se prolonga en el tiempo y no podemos manejarla de forma adecuada.

A lo largo de éste capítulo plasmaremos las situaciones que han llevado a los trabajadores sociales sanitarios a tener ansiedad y estrés durante la pandemia

del covid-19. A continuación, veremos que situaciones han llevado al personal sanitario a sufrir ansiedad durante esta pandemia mundial; las repercusiones que han tenido y las posibles medidas para mejorar el estrés y la ansiedad.

2 Objetivos

-Determinar el impacto físico y psíquico que ha tenido la pandemia covid-19 en trabajadores sociales sanitarios, en términos de ansiedad y estrés.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda de estudios de artículos de interés que abordan los objetivos de este trabajo. La búsqueda se ha llevado a cabo tanto en español, con palabras clave como"covid-19", "personal sanitario", "ansiedad" y "estrés". Las bases de datos que se ha utilizado han sido Google Académico y páginas web de internet.

4 Resultados

La angustia, la frustración y otras emociones vienen dadas por la ansiedad y el estrés. El estrés es un nerviosismo que se produce por circunstancias angustiosas que producen repercusiones psicosomáticas o crisis psicológicos, es decir, se produce una zozobra tanto física como psíquica, que tiene como consecuencias, cambios rn los patrones de sueño, cambios de humor, miedo, etc.
Cuando el estrés se prolonga durante un espacio de tiempo largo, se convierte en algo más peligroso para nuestra salud y nuestro bienestar; la ansiedad. La diferencia entre ellos es que el estrés emerge cuando nos enfrentamos a un elemento estresante y la ansiedad se sostiene en el tiempo aunque ya no esté el elemento estresante.
El escenario que abocó al personal sanitario a sufrir ansiedad, entre otras emociones:
- Colapso en la sanidad: La presión asistencial ha sido tan brutal que se han saturado la mayoría de los hospitales; no solo por la capacidad física sino también porque el personal sanitario también se contagiaba y no podían trabajar y no había suficiente personal para sustituirlos.
- EPIS escasos y de baja calidad: Saber que el EPI que usas para no contagiarte no es todo lo efectivo que debería ser hace que aumente el estrés entre el personal;

esto sucedía sobre todo al inicio de la pandemia.
- Insatisfacción con el trabajo realizado: Ver a gente que muere a miles y que no se puede hacer nada por ellas es muy angustioso; máxime si esas personas mueren solas y aisladas en el hospital sin poderse despedir de sus seres queridos.

Todo éste cúmulo de cosas hicieron que todos los trabajadores sanitarios pero especialmente los trabajadores sociales sanitarios tuviesen éstas reacciones o sentimientos:
- Físicas: sensación de falta de aire, insomnio, dolor de cabeza y dolores inespecíficos, cansancio extremo…
- Emocionales: angustia, sentimiento de culpa, apatía…
- Cognitivos: negación, pesadillas, confusión…
- Conductuales: aislamiento, verborrea o llanto incontrolado.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que la situación sanitaria y epidemiológica ha mejorado mucho el virus del covid-19 ha venido para quedarse. Aún hay muchos pacientes con graves secuelas y pacientes que a pesar de los esfuerzos de los sanitarios se van a morir de ese virus.

Como anteriormente hablábamos el sostener en el tiempo esta situación les produce a los trabajadores sociales sanitarios ansiedad y estrés. Ésta ansiedad y estrés les produce un menoscabo en su salud física y psíquica que aún no se va a poder cuantificar de forma clara hasta pasados unos años. Cuando se pueda ver con perspectiva los efectos que esta pandemia ha tenido en los trabajadores sociales sanitarios.

Aunque previsiblemente no volveremos a los números de contagios ni de muertes del inicio de la pandemia; en gran parte por las vacunas. Pero esa certeza no la tenemos segura y el miedo al contagio masivo otra vez de éste virus o de cualquier otro virus está palpable en el aire. Se tiene miedo a que se vuelva a repetir otra vez la historia.

6 Bibliografía

1. McEwen B, Sapolsky R. El estrés y su salud. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91(2):0

2. Rae.es. [citado el 17 de octubre de 2021]. Disponible en: https://dle.rae.es/estr%C3%A9s

3. Ansiedad. Mental Health and Behavior [Internet]. 2002 [citado el 17 de octubre de 2021]; Disponible en:https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html%20COVID19Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf
4.Carballeda, A. (2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. Trayectoria Colectiva. Colegio Profesional de Asistentes Sociales de la Provincia de Santa Fe, 1, 3-5. https://trabajosocialsantafe.org/wp-content/uploads/2020/06/Revista-N%C2%BA1-Trayectoria-Colectiva-CPAS-Junio-2020.pdf
5.Cuenca, A., y Schettini, P. (2020). Los efectos de la pandemia sobre la metodología de las ciencias sociales. Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 32. https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10844/9714
6.RIATS. (2020). Distanciamiento Físico, Proximidad Social Y Organización Colectiva: Una Propuesta Desde La Obra Social Para Dar Respuesta Al COVID-19, En México. Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. https://www.iassw-aiets.org/covid-19/4758-physical-distancing-social-proximity-and-collective-organization-a-proposal-from-social-work-to-respond-to-covid-19-in-mexico/

Capítulo 407

TÉCNICAS DE PLANCHADO POR EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

DOLORES LÓPEZ NAVARRETE

MARTA NAVARRO PÉREZ

MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO

SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ

MILAGROS TEBAR PALACIOS

1 Introducción

En el procesamiento industrial de prendas, alrededor del 70% de las prendas procesadas requieren planchado.
La ropa de no planchar suele ser de tejidos con volantes como toallas y complementos. El planchado es la aplicación de calor y presión para eliminar las arrugas que se forman en las telas durante el lavado y el secado.
Aplicar calor a la tela también ayuda a eliminar la humedad que pueda quedar en la prenda lavada. Las lavadoras industriales requieren múltiples sistemas para diferentes tipos de ropa en la sección de planchado.
Siempre que es posible, las planchas se utilizan en un sistema continuo para planchar prendas de diferentes formas y tamaños, ajustando la temperatura adecuada

para cada tejido. De esta forma no interviene el proceso de que la plancha alcance la temperatura programada y ejerza presión sobre los rodillos que tiran de la prenda. En la posición de parada, la placa permanece separada de los rodillos. Las excavadoras pueden ir acompañadas de maquinaria auxiliar para facilitar el proceso.
Desde la perspectiva del paciente, la importancia de los servicios de ropa interior y vestuario para la calidad de la atención tiene un lugar importante en los hospitales porque se puede comparar con la relación entre una persona y los trabajadores de la salud y la alimentación que reciben. Desde la perspectiva de un hospital, la relación entre los costos operativos y los costos totales puede considerarse importante.

2 Objetivos

objetivos principales del capitulo
- Conocer el proceso de secado-planchado en los centros sanitarios
- Describir como funcionan las calandras de planchado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En un hospital en la zona de lavanderia ,una máquina de planchar es un sistema para planchar ropa, normalmente también conocida como ropa de cama. Es decir, sábanas, manteles, fundas de almohadas y otros artículos sin costuras.
Las planchas para ropa privada utilizan un sistema llamado calendario, en el que los rodillos están protegidos con tela no tejida resistente al calor. Rodillos o rodillos de hierro con múltiples capas de protección: Los rodillos de hierro están en contacto directo con una capa de lana de acero y el conjunto está protegido por una capa de tejido no tejido resistente al calor por donde pasan las placas.

El diámetro del rollo es de 15-50 cm y la longitud es de 150-320 cm. La selección del tamaño del rodillo se basa en la prenda a planchar.
La prenda se introduce por delante y se coloca sobre una mesa de apoyo, desde donde se eleva mediante correderas y prensas mientras se desplaza mediante rodillos sobre placas de acero calentadas que forman ondas. Este hierro corrugado debe estar siempre limpio y encerado. Esto se debe a que cuando se tira de la ropa, se puede arrugar y deteriorar debido a la suciedad, la sequedad o la aspereza.Use una manta de lavado si el paso de la ropa húmeda ha acumulado residuos de detergente en la superficie del rodillo para eliminarlos. Hay diferentes tipos de calendarios: rodillos mutantes y rodillos centrales.
Además, dependiendo del uso, los tipos de calendarios son los siguientes:
- Calendario compacto. - Calendario industrial.
También hay tres sistemas de calendario en el mercado, dependiendo de sus componentes.
- Calandra con cilindro central y rodillos periféricos. Cilindro de hierro centrado en tela conductora.
- Parrilla de radiador tipo cubo.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones precisas de la lavandería de un hospital es asegurar que la ropa esté limpia y cómoda, y facilitar la atención al paciente. Durante la contaminación, se transmiten grandes cantidades de bacterias a través del aire durante la manipulación (recolección, clasificación, apilamiento, etc.) de las prendas sucias y pueden acumularse en las prendas antes de que se asignen a los diferentes departamentos del hospital. Desde la perspectiva del paciente, la importancia de los servicios de vestuario y ropa interior en la calidad de la atención ocupa un lugar significativo porque se puede comparar con la relación entre el paciente y el personal médico y los alimentos que consumen. todo el hospital. Desde una perspectiva hospitalaria, la relación entre los costos operativos y los costos totales puede considerarse importante.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/A.
2. https://www.equipoh.com.

Capítulo 408

EL PLANCHADOR/A DE HOSPITALES Y LAS DIFICULTADES QUE PUEDEN PRESENTAR EL PROCESO EN LAS CALANDRAS

DOLORES LÓPEZ NAVARRETE

MARTA NAVARRO PÉREZ

MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO

SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ

MILAGROS TEBAR PALACIOS

1 Introducción

El calandrado en una lavandería consiste en hacer pasar la ropa a presión entre rodillos de metal calentados por vapor. Dichos rodillos giran en sentidos opuestos consiguiendo el resultado deseado. La finalidad es darle un planchado y acabado a la prenda para que quede perfecta.
El rendimiento de una calandra dependerá básicamente de tres factores : la ropa , la humedad residual y el rendimiento térmico.
-La ropa:La duración de la ropa depende de diversos factores como el tipo de tejido,el uso o tratamiento dado a la misma y por supuesto los procesos de lavado y planchado.Pero la resistencia de la ropa al proceso de planchado ,depende de su composición y confección.

-la humedad residual: cuando la cantidad de agua retenida en el tejido es demasiado elevada ,la prenda se desliza peor.Por encima del 50% aumentan considerablemente la resistencia al deslizamiento ,mientras que el 50% o ,menos origina una resistencia inferior.Se consideran las condiciones de humedad optimas entre el 35% y el 50% y se puede lograr con un buen centrifugado.
-rendimiento térmico:un hecho evidente es que en la transformación de una forma energética – en este caso vapor -en otra , es decir , en energía calorimétrica se pierde parte de la energía invertida inicialmente ..Por esta razón el rendimiento térmico nunca podrá ser el 100%.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo será :
-conocer el funcionamiento de las calandras de planchado
-conocer cuales serian los fallos mas frecuentes que podrían suceder en una calandra de planchado.

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

Las dificultades o fallos mas frecuentes que se presentan durante el planchado podemos relacionarlos en
-amarillento de la ropa
-enrollamiento y plisado de la ropa
-contorsion de la ropa
-contorsion de los revestimientos
-roturas textiles de las prendas a planchar y revestimientos
-Manchas de cera y agua
En relación al amarillento de la ropa , el origen de esta anomalia puede ser causado por:

-insuficiencia de aclarado
-empleo de agua ligeramente alcalina
-dejar la ropa centrifugada durante un cierto tiempo arrinconada , antes de plancharla
-exceso de temperatura

Para impedir estos inconvenientes es importante saber que se debe:
-no sobrecargar las maquinas
-aplicar el numero de aclarados necesarios
-acidificar o solo utilizar en el ultimo aclarado agua dura sin el penultimo aclarado a la concentración alcalina y/o ph es mínimo.
- el uso de neutralizante durante el lavado puede ayudar a evitar este efecto,pero puede favorecer la formación y acumulación de sales en la cubeta de la calandra ,que dificultaran el avance de la prenda .

Por su parte el enrollamiento y plisado de la ropa , que se producen por adherencias con la superficie de la plancha , o con la cubeta durante el avance en la calandra , entre loa factores que condicionan estos fallos podemos indicar :
-tipo de tejido a planchar y su humedad residual
-estructura de superficie y estado de los revestimientos
-grado de la tersura superficial de la cubeta
-uniformidad de presión del cilindro sobre la cubeta
-temperatura de la cubeta
-velocidad de marcha en m/min

Para prevenir todos estos fallos podremos tener presentes algunas medidas como podrían ser grosso modo :
-controlar periódicamente la humedad residual
-mantener la cubeta limpia y en optimas condiciones de tersura
-controlar el tipo de ceras a utilizar
-realizar el proceso de encerar y la limpieza en una sola operación
-asegurar una buena lubricación de la cubeta mediante el control del punto de fusión ,humedad e impurezas y porcentaje de composición de los diferentes ácidos grasos saturados e insaturados y etc..

5 Discusión-Conclusión

En este capitulo hemos podido ver que los factores más importantes para que una calandra de planchado funciona correctamente seran básicamente la ropa, la humedad residual y el rendimiento térmico. Estos factores son de los que depende el rendimiento de una calandra.

El planchador/a será el encargado de controlar el funcionamiento de las calandras y tratar de evitar fallos o dificultades en el proceso de planchado de dichas calandras.
En caso de anomalías que son más de índole mecánica, como la uniformidad en la presión del cilindro sobre la cubeta, es conveniente analizar el defecto con la casa fabricante, aunque podemos aplicar pruebas para comprobar el estado, previas a esa acción .
Durante este proceso de planchado pueden ocurrir contorsiones y rotura de textiles que normalmente suceden por deformación de la cubeta o cuando esta está mal nivelada, el planchador/a estará pendiente de estas anomalías y tratara de solucionarlas y sino fuera posible dará parte a sus responsable o a personal de mantenimiento del recinto o del centro .

6 Bibliografía

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

Capítulo 409

EL PLANCHADOR/A DE LOS HOSPITALES Y LA ACTUACIÓN DE LAS FIBRAS TEXTILES FRENTE AL PLANCHADO

DOLORES LÓPEZ NAVARRETE

MARTA NAVARRO PÉREZ

MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO

SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ

MILAGROS TEBAR PALACIOS

1 Introducción

En el estudio de los textiles de hogar o textiles de ropa de cama suele hacerse su clasificación en función del uso y de la materia prima de la cual se componen estos. Como resultado se han establecido una serie de grupos, los cuales van a ser objeto de estudio en el presente capitulo.
En función del uso se han establecido las siguientes familias o grupos de artículos del textil hogar , que corresponden a los siguientes grupos:
-grupo de mantas :artículos que por sus características (pelo , tamaño...)en ocasiones provocan problemas de conservación , debido a lo cual lo habitual es lavarlas con maquinas industriales. Por otro lado , siempre se espera de este tipo de artículos un largo tiempo de vida útil

-grupo de ropa de cama :en este grupo se ha incluido todo tipo de sabanas ,fundas nórdicas y colchas .Se establece una subclasificación dentro de las sabanas , según sean blancas o de color.
Dentro de los distintos grupos y familias se establece una segunda clasificación según las materias primas que componen dichos artículos.
Las principales materias primas de las que se componen estos artículos o prendas son:
Grupo de mantas
-poliester
-acrilica
-lana
-algodón
Grupo de ropa de cama
-algodón
-poliester
-viscosa

2 Objetivos

-conocer los diferentes tipos de fibras de los tejidos textiles para poder realizar un planchado optimo.
-Poner de manifiesto la importancia de saber clasificar los tejidos en función del uso y de la materia prima de la que están hechos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se entiende por planchado la operación efectuada sobre un articulo para darle su forma y su aspecto, por medio de calor y presión.

A la hora de planchar los artículos confeccionados textiles es imprescindible conocer su composición química .El que un tejido se pueda planchar a mas o menos temperatura depende del tipo de fibra que lo compone y de la estructura del tejido o de la prenda , y esta inminentemente relacionado con la capacidad de recuperación de la arruga de los tejidos .
Los tejidos de algodón, lino o viscosa se arrugan con mucha facilidad debido a su baja capacidad de recuperación de la arruga. Por ello es recomendable ,en términos generales que este tipo de tejidos se planche a temperaturas mas elevadas (150-200 grados)
Por el contrario , artículos exclusivamente de lana , poliamida o de poliéster son prácticamente inarrugables, las arrugas y dobleces , que se puedan formar , desaparecen simplemente dejando las prendas colgadas en lugares aireados . También los artículos de acrílico se comportan bien al arrugado. Es recomendable que estos tejidos se planchen a temperaturas inferiores (110º), de lo contrario pueden estropearse debido a las altas temperaturas , incluso quedar pegadas en la superficie de la plancha .
En caso de que el tejido este compuesto por una mezcla de fibras , lo normal es utilizar la temperatura apropiada para la fibra que presenta menor resistencia al calor.
Un método de ensayo para determinar la resistencia del color en los textiles de todo tipo y en todos sus estados de transformación frente al planchado corriente seria realizar el ensayo de planchado con la probeta del textil seca , mojada o húmeda mediante unas planchas térmicas a una temperatura y presión especificadas , durante un tiempo determinado . En el caso de los planchados húmedo y mojado, la cara superior de la probeta se recubre con un tejido testigo de algodón mojado.
Finalmente la degradación del color de la probeta y la descarga sobre el tejido testigo se valoran por comparación con las escalas de grises , inmediatamente después del ensayo y nuevamente , después de cuatro horas de exposición al aire.

5 Discusión-Conclusión

Después de desarrollar el tema en el que nos encontramos, podemos decir que el planchado consiste en la operación efectuada sobre un articulo para darle su forma y su aspecto, por medio de calor y presión .
Pero para efectuar dicho planchado sobre prendas o artículos textiles ,el planchador tiene que tener en cuenta diversos factores o clasificaciones de los artícu-

los dependiendo del material del cual están hechos o dependiendo también del uso o finalidad de estas prendas
El planchador/a será perfecto conocedor de las características de los artículos a planchar ,tanto del manejo de las prendas como composición, uso y demás factores ,nunca sin olvidar el perfecto manejo de las maquinas para el optimo planchado de dichas prendas.

6 Bibliografía

- Manual básico del planchador/a. https://www.equipoh.com.

Capítulo 410

EL CELADOR EN LA PARTE DE PALIATIVOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ

GEMA ANTÓN GARRIDO

NATALIA SÁNCHEZ RICO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

Vamos a comenzar este capitulo detallando Tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad terminal es aquella para la que no existe un tratamiento específico o es probable que ralentice su progresión, conduciendo a la muerte del paciente. Duración variable (normalmente menos de 6 meses) aunque es algo orientativoy va en progresion . Provoca síntomas intensos, multifactoriales y progresivos que provocan gran malestar (físico y psicológico) a familiares y pacientes.
En la última situación, el objetivo de la medicina no es ”curar” al paciente, sino ”curar” la enfermedad a pesar de la progresión persistente e irreversible de la enfermedad. Se trata de brindar la mejor calidad de vida hasta que ocurra la

muerte. Por lo tanto, nació un nuevo tratamiento médico integral llamado cuidados paliativos. El papel y las actitudes del cuidador hacia los pacientes terminales son importantes. Porque los cuidadores forman parte del equipo (junto con médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, etc.) que brinda cuidados paliativos y confort a pacientes y seres queridos. En tales casos, es muy importante enfatizar las cualidades físicas, intelectuales, mentales y personales que deben poseer los cuidadores. También se requieren algunas habilidades en las relaciones interpersonales.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de los cuidados paliativos y la actuación del celador para procurar el confort del paciente, empatizando (poniéndose en el lugar del enfermo para ofrecer los mejores cuidados).

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 diferentes temarios de oposiciones, libros especializados, páginas web sanitarias y Google Académico. Todo ello en relación al capítulo en cuestión. Por ello y debido a que los cuidados paliativos requieren de un equipo multidisciplinar, también se ha entrevistado a varios profesionales en activo actualmente.

4 Resultados

Las funciones del celador en el tratamiento de este tipo de pacientes está enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, brindando cuidados que mejoren no solo los síntomas sino también los aspectos psicológicos y sociales, sociales y espirituales.
El trabajo en equipo de todos los profesionales es fundamental para brindar una atención integral bien coordinada tanto en el hospital como en el hogar. Se brinda atención continua e individualizada, se defiende la dignidad del paciente y se mantiene la higiene rutinaria y continua tanto del paciente como de la unidad (espacio de la habitación, mobiliario, equipo, equipo y equipo que utiliza el paciente).

Los cuidadores deben ser muy cuidadosos en todo lo que dicen porque deben tener en cuenta al paciente y su familia. Es necesario desarrollar empatía (la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona y comprender lo que siente y piensa) y responder a sus necesidades psicológicas escuchándola y hablándole. . Las condiciones terminales también provocan ansiedad y cambios de actitud en familiares, amigos y seres queridos, por lo que se debe tener en cuenta el proceso de duelo por el que atraviesan. El psiquiatra suizo-estadounidense Kubler Ross (1926-2004) describió la aceptación de la muerte en cinco etapas.

- Negación: La imposibilidad e inaceptabilidad del hecho de que se adquiera la enfermedad.

Ira: etapas de frustración, ira, disgusto, resentimiento y hostilidad debido a la pérdida de poder. - Negociación: (Consentimiento) El paciente acepta la idea de la muerte, pero al mismo tiempo de alguna manera la retrasa o intenta retrasarla.

- Depresión: período de depresión, desánimo. Cojera antes de la enfermedad.
- Aceptación: Registrar la enfermedad y condiciones de vida del paciente. Todo el mundo se aflige de diferentes maneras. Los cuidadores siempre deben respetar las creencias y necesidades sociales y religiosas y tratar a todos de manera única y variada.

5 Discusión-Conclusión

La comodidad y conveniencia del paciente son los objetivos de los cuidadores en cuidados paliativos. cuidado físico y emocional. Mantener a tu hijo cómodo, a la temperatura adecuada y con una buena higiene es tan importante como no sentirse solo todo el tiempo o tener con quien desahogarse.

Los familiares y amigos cercanos necesitan el mismo cuidado que el paciente. Lloran y experimentan una variedad de emociones que están constantemente fuera de control. Los porteros tienen que tener mucho cuidado con sus palabras y gestos. La función en este caso está más enfocada a la empatía, mientras que el resto de funciones no son en absoluto importantes.

6 Bibliografía

1. http://www.san.gva.es.
2. El celador en cuidados paliativos, formación continuada Logoss.
3. Google Académico

Capítulo 411

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) PARA EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ

JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA

GEMA ANTÓN GARRIDO

NATALIA SÁNCHEZ RICO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

1 Introducción

El soporte vital básico es un apartado y/o es un conjunto de operaciones que le permiten a una persona determinar si una persona y/o paciente está en paro respiratorio y aplicar el reemplazo temporal de la función respiratoria a través de estas operaciones hasta que se obtenga atención médica para la víctima.
Recomendamos iniciar BLS lo antes posible ya que cuanto antes se inicie las probabilidades de que viva sera mayor . Cada minuto puede aumentar el riesgo de muerte de la víctima. El objetivo principal del soporte vital básico es lograr la oxigenación de los tejidos para restaurar las funciones vitales básicas.
La importancia de mantener la vida básica:
La mayoría de las personas se dan cuenta de que no saben lo suficiente como para aplicar SVB correctamente. Este es un error muy común en la mayoría de

las sociedades. Esto se debe a que conocer estas maniobras hará que los pacientes con paro cardiorrespiratorio se sientan más tranquilos.
Controlar los nervios en situaciones como esta es clave para completar con éxito SVB, ya que no es complicado de ejecutar. Luego hablamos de acciones decisivas que provocan la denegación de visa y la muerte de una persona.
Es importante que los porteros conozcan estas técnicas para salvar vidas.

2 Objetivos

objetivos principales:
-Conocer e indicar el papel del celador en las maniobras de Soporte Vital Básico sanitario en los centros sanitarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica 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

Importancia del soporte vital básico:
La mayoría de las personas se dan cuenta de que no saben lo suficiente como para aplicar SVB correctamente. Este es un error muy común en la mayoría de las sociedades. Esto se debe a que conocer estas maniobras hará que los pacientes con paro cardiorrespiratorio se sientan más tranquilos. Controlar los nervios en situaciones como esta es clave para completar con éxito SVB, ya que no es complicado de ejecutar.
Luego hablamos de acciones decisivas que causan la denegación de visa y la muerte de una persona. Cómo solicitar el Soporte Vital Básico:
- La seguridad:
Acérquese a la víctima y asegúrese de que no haya peligros como vehículos que pasan o escombros. Mantenemos el área segura. Use un triángulo de emergencia para señalar, incluso si está en la carretera, o deje un espacio alrededor de la víctima si está en la vía pública. - Activar el sistema de emergencia:

Explicar claramente dónde estamos y la situación en la que entramos. Te llamaré cuando vengas conmigo
Llame al 112 para enviar un DEA. Si estamos solos, llamar al 911 (dejar a la víctima sola si es necesario). Permite que las unidades móviles de manos libres se comuniquen fácilmente con el 112. Este es uno de los primeros pasos a tomar ya que se pueden aplicar mecanismos de soporte vital mientras llegan los servicios médicos especializados.
Elementos básicos para mantenerla con vida.
- Comprobar si la víctima está respondiendo.
Si determina que está despierto y respirando, siga los siguientes pasos:
Deja a la víctima donde la encontraste. Si tiene una lesión o problema de salud, lo evaluaremos.
Si es necesario, marque el 912 para activar el sistema médico de emergencia. Regularmente reevaluamos a las víctimas.
Si determinamos que está inconsciente, tomaremos las siguientes medidas.
Acueste a la víctima boca arriba. Coloque una mano en la frente y los dedos índice y medio de la otra mano en la barbilla para realizar manipulaciones de la frente y la barbilla para abrir las vías respiratorias.
Vea si está respirando normalmente. Mientras mira hacia abajo a los pies de la víctima, lleve su mejilla a su boca y observe por hasta 10 segundos si la víctima está respirando normalmente.
Si respira normalmente, coloque a la víctima en una posición de seguridad lateral (PLS) y active el sistema médico de emergencia por teléfono.
112. Continúe comprobando si la víctima sigue respirando hasta que llegue la ambulancia.
Si no respira con normalidad o no respira, se considera que la respiración es irregular o hiperventilante porque la víctima jadea sin movimiento torácico. Resulta que la víctima no está respirando. Coloque a la víctima sobre una superficie firme (como el suelo) boca arriba. - Iniciar compresiones torácicas.
Todas las víctimas de un paro respiratorio necesitan sangre para circular a los órganos vitales. Esto se logra realizando compresiones torácicas.
Después de 30 compresiones, realice 2 inyecciones de aire. Inmediatamente después, repita 30 compresiones en una secuencia de 30: 2. Si hay varios rescatistas, suelte cada 2 minutos para evitar interrupciones en las compresiones entre relevos.

5 Discusión-Conclusión

Desde el momento en que una persona entra en paro cardiopulmonar, las posibilidades de supervivencia disminuyen en un 10% por cada minuto que dura esta condición.
Las diferencias de comportamiento durante el primer minuto y después de 3 minutos reducen la supervivencia en un 90-70%. Los servicios de emergencia tienen tiempos de llegada cada vez más cortos cada año, pero la atención en los primeros minutos puede marcar una diferencia real para salvar vidas. Tenga en cuenta que cualquier persona puede encontrarse en una situación así.
En el trabajo de un cuidador es imprescindible priorizar la rapidez y la prontitud para iniciar las intervenciones lo antes posible y conocer estas técnicas que pueden ayudar a salvar vidas.

6 Bibliografía

1. https://esforem.es/soporte-vital-basico-conceptos-basicos-y-relevancia.
2. https://neosalus.com/soporte-vital-basico-svb/.

Capítulo 412

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS

JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ

JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA

GEMA ANTÓN GARRIDO

NATALIA SÁNCHEZ RICO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

1 Introducción

Una muestra biológica es una determinada cantidad de cualquier sustancia o material cuyo origen es un organismo.
Al acto de obtener una muestra se le denomina muestreo y normalmente son analizadas y tomadas en los laboratorios.
Ésta puede proceder de órganos completos, tejidos, ADN,ARN, proteínas, células o fluidos corporales como la orina, heces, saliva, sangre, sudor, humor vítreo, líquido cefalorraquídeo, etc.
Este material extraído es usado para poder estudiar las enfermedades, estructurar los genotipos de cada individuo, realizar pruebas de paternidad, pruebas de compatibilidad ante donaciones de órganos etc.
Un laboratorio es aquél lugar que dispone de los medios, equipos, personal cualificado y utensilios necesarios para realizar técnicas de carácter científico, con

unas condiciones ambientales controladas de temperatura, presión, humedad y luz.
Cada tipo de estudio o cada ciencia necesita tener un tipo de laboratorio adaptado a su naturaleza y a sus requerimientos.
Por ello existen varios tipos de laboratorios: laboratorio clínico, laboratorio de microbiología, laboratorio de genética, laboratorio de biología molecular, laboratorio de química, laboratorio de física, laboratorio de metrología, laboratorio de suelos, laboratorio analítico, laboratorio de bioseguridad, laboratorio de incubadora y laboratorio de Investigación y desarrollo.
El celador es el profesional no sanitario encargado de trasladar las muestras desde donde se toman hasta el laboratorio correspondiente.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas.

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 que los resultados que arrojan los laboratorios tras analizar las muestras sean precisos, veraces, significativos y clínicamente relevantes, es necesario que todas las muestras biológicas que llegan al laboratorio sean correctamente seleccionadas, recogidas y transportadas.
Por ello es muy importante que conozcamos como celadores los protocolos y procedimientos relacionadas con el transporte de muestras.
Una vez que se obtiene la muestra, es importante que se haga llegar al laboratorio a la mayor brevedad posible para no alterar sus características.

Normas básicas para el transporte de muestras:
- La muestra debe estar en todo momento correctamente identificada, con el nombre y apellidos completos del paciente, el número de cama, servicio o consulta y el número de historia clínica.
- Debe aparecer también la fecha y hora de extracción de la muestra.
- El volante de petición de la muestra debe recoger como debe conservarse la muestra: Rojo: en estufa, Azul: en nevera,
Amarillo: a temperatura ambiente.
- El transporte de muestras biológicas será llevado a cabo con un envasado triple: Envase primario (de material absorbente, evita el derrame de las muestras biológicas en caso de rotura), envase secundario (impermeable, estanco y duradero, encerrará el primer recipiente o varios de ellos), envase terciario o exterior (protege la carga de golpes o daños durante el transporte mediante un material amortiguador).
- El recipiente en el que se transporta la muestra debe ser el adecuado para su conservación (con los aditivos, anticoagulantes o conservantes necesarios).
- Normalmente el transporte de las muestras refrigeradas se hace en neveras portátiles, éstas se disponen en un carro para su transporte de forma ordenada.
- Al entregar las muestras a cada servicio, el responsable debe de firmar la recogida de las mismas.
- Normalmente los circuitos de recogida están estandarizados y controlados por un horario, que establecerá cada hospital según sus necesidades.
- Los vales de entrega una vez firmados se entregarán por parte del celador al supervisor.
- En el último circuito se recogen las gradillas y neveras vacías para devolverlas al servicio correspondiente.
- Deben prevenirse los vuelcos o roturas de los recipientes contenedores, evitando choques, golpes o caídas.
- Verificar y controlar la temperatura de las neveras, para guardar la cadena de frío.
- Las muestras peligrosas deben llevar un etiquetado especial reconocible por parte de los profesionales.
- Evitar distracciones y transitar por las partes del hospital menos llenas, para reducir los posibles riesgos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja como celador en un hospital algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas dentro de un centro hospitalario.
Hemos podido conocer que es una muestra, que puede contener la misma, que las muestras son analizadas en un laboratorio y que existen diversos tipos según el tipo de muestra y los requerimientos para su análisis: laboratorio clínico, de microbiología, de genética, biología molecular, de física, de química, etc.
Hemos podido conocer la importancia del correcto transporte de una muestra, ya que de ello depende que el resultado del análisis de la misma se corresponda con la realidad y pueda ayudar a diagnosticar enfermedades o anomalías.
Hemos podido conocer algunas consideraciones básicas sobre el transporte de muestras que nos van a ayudar al correcto desarrollo de nuestras funciones.
Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto al trasporte de muestras biológicas.

6 Bibliografía

1. https://www.sanac.org
› site PDF Proceso de los laboratorios clínicos - SANAC.
2. https://www.mscbs.gob.es.
Toma y transporte de muestras para diagnóstico de SARS-CoV-2.
3. https://www.precintia.com.
› blog › Transporte de muestras biológicas: ¿Cómo garantizar la seguridad? - Precintia.
4. https://www.deltalab.es
› productos. Transporte de muestras - Deltalab Products.

Capítulo 413

EL PINCHE DE COCINA DE UN HOSPITAL EN LA CADENA FRÍA

BELEN TERCERO DOCON

MIRIAM BARBERO NAVARRO

CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA

1 Introducción

La alimentación hospitalaria ha pasado a ser un factor clave en la recuperación del paciente seleccionando los alimentos mas adecuados que mantengan el más alto contenido de energía .En la nutrición hospitalaria se encuentran juntos demasiados factores y tratándose de un hospital pueden aparecer cambios de última hora por ello se deben de cumplir exigencias como pueden ser el control de la temperatura en la cadena fría pues que se combina con la cocina tradicional con los nuevos sistemas de conservación.
Esta basado en la preparación y cocinado rápido hasta los 3℃ en el corazón del alimento y después mantenerlos entre 0℃ y 3℃ hasta el emplatado y consumo.
Las principales fases de la cadena en frío se basan en 8 puntos de los cuales la pinche debe ser conocedora que son:
*recepción de materia prima.
*preparación de materia prima.
*cocinado.
*Abatimiento de la temperatura.
*conservación de la temperatura (fondo bank).
*emplatado.

*transporte interceptaron y retermalizacion.
*limpieza y lavado.
La línea de cadena fría sólo ofrece ventajas alarga la vida útil del alimente y a la hora de ejercer un servicio completo y permite un ahorro en cuanto a costes y la rapidez de crear platos que cumplas las exigencias del menú.

2 Objetivos

Explicar como ponen en práctica los pinches el proceso de cadena en frío y explicar las ventajas que ofrece al servicio hospitalario

3 Metodología

Para elaborar el 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 de oposiciones de pinche de cocina y se han consultado artículos en las principales base de datos como Google académico.

4 Resultados

Los platos cocinados en el menú hospitalario son elaborados contando con todas las necesidades por ello antes de ser consumidos deben someterse a un proceso de refrigeración hasta recuperar la temperatura necesaria para el servicio,existen varios tipos y en la cocina hospitalaria las más utilizadas son:
*CADEBA FRIA REFRIGERADA-en esta fase los alimentos se conservan después de la cocción ya que deben pasar de 65°c a 10°c y almacenarse en cámaras por encima del 0°c y 3°c.
*CADENA FRIA CONGELADA-en ella los alimentos se conservan congelados con una temperatura de -18°c en menos de 4.5h.
*Cocina al vacío en ella se envasa el alimento después de enfriadores y se conserva en cámaras.
Todas aquellas materias se deben guardar en cámara refrigeradas De gran capacidad y manteniendo las propiedades de calidad evitando romperla o que sufra alteraciones.
El centro hospitalario debe contar con los sistemas más avanzados de gestión de temperatura el pinche entre otras cosas debe de controlar que no se rompa la

cadena.
Debe ser realizada por el pinche al menos 1 hora antes del servicio alcanzando 65°c para garantizar la calidad ,en la gastronomía hospitalaria es poco común el uso de congelados ,sim embargo,debido al volumen de alimentos que son requeridos y tipo de dietas que se utilizan diariamente se recurre a este tipo de prácticas por dos causas que son evidentes la rapidez y para evitar el deterioro del propio alimento puesto que se hacen compras de grandes cantidades que unas veces son totalmente utilizadas y otra parte de ellas quedan almacenadas por poco tiempo ya que deben ser consumidas de la forma más rápida repartidas repartidas las cinco porciones al día establecidas y recomendadas por la OMS.

5 Discusión-Conclusión

El real decreto 168/1985,6 de febrero por el que se aprueba la reglamentacion sobre el almacenamiento frigorífico de alimentos y productos alimentarios (BOE-A-1985-2644.La legislación ,en el reglamento (CE)n°852/2004 nos indica que los alimentos y las materias primas,ingredientes, productos semiacabados y productos acabados que pueden contribuir a la manipulación de microorganismos patógenos o a la formación de toxinas no deberán conservarse a temperatura que puedan dar alegar a riesgos para la salud por ello se debe de conocer el tipo de producto con la temperatura que garantice su seguridad como por ejemplo:carne <7°c
Carne de aves <4°c
Leche cruda,queso y derivados <10°c

6 Bibliografía

Https://www.boe.es/eli/es/rd/1985/02/06/168.
Https://hospi-tecnica.com

Capítulo 414

EL CELADOR DE ALMACÉN

ANTONIA TORRES FLORES

JUAN TRUJILLO PINTADO

EMILIA MORA TORRALBA

MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ

CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ

1 Introducción

El almacén hospitalario es el espacio físico de un hospital que usa principalmente para guardar y conservar todo tipo de material que se usa en esa institución, desde medicamentos, utensilios, menaje, ropa de cama y el resto de material, el cual se encuentra bajo la custodia del Celador de Almacén para entregar al servicio del hospital que lo requiera.
Según una Orden Ministerial de febrero del año 1977, se describen y califican los almacenes hospitalarios de dos tipos, un almacén general para todo tipo de material no sanitario, como lencería, material de mantenimiento y fungible. Y el almacén que se dedica exclusivamente a la medicación farmacéutica y suministros, equipos médicos y aparataje que se suministra en el hospital y se usa con los enfermos que en él están ingresados. Si bien cada hospital puede realizar otras subdivisiones de almacén logístico más optimizadas y que le resulte más beneficioso.
El tipo y tamaño del almacén se verá condicionado por una serie de variables.

- El tamaño del centro hospitalario, concretamente el número de encamados que puede albergar.
- Tipo de Hospital, materno-infantil, quemados, medicina genérica, etc.
- Ubicación del hospital, cerca de puertos, aeropuertos, carreteras nacionales, etc.
- El tipo de productos que se necesitan.

El servicio de almacén hospitalario se encuentra en la sección de Gestión y Servicios de cada hospital Para el mejor funcionamiento de estos almacenes son necesarios unos profesionales cualificados para contabilizar, suministrar y pedir para la provisión todo el material necesario para no dejar desabastecido alguno de los servicios del hospital, siendo importante que este trabajo lo realicen diversos empleados para cada sección establecida, con unos conocimientos muy concretos del material que allí se encuentra.

2 Objetivos

Tener nociones avanzadas de colocación, administración y gestión de las existencias en el almacén hospitalario.
Conocer las tareas que debe realizar el celador en este servicio de almacén hospitalario.

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 a través de internet, también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

En un Almacén-logístico de un centro sanitario, trabajan diversas personas y puestos de trabajo que se complementan, suelen ser los siguientes:
- Un Jefe de almacén
- El encargado o supervisor.
- Uno o varias personas de personal administrativo.
- Los Celadores de Almacén.

La cantidad de personal destinado en el almacén puede variar de un hospital a otro dependiendo de su tamaño y sus necesidades.
Las funciones principales que el celador de almacén debe realizar, vienen incluidas en el acuerdo de Ministros de 26 de junio del año 1990, aprobado en julio de 1990 por el que se modifica el R.D. 3/87 sobre el régimen de retribuciones del personal estatutario, describiendo las siguientes:
• Recibir en el almacén la provisión de mercancías comprobando su estado y que se ajusta a lo peticionado y que se plasma en el albarán.
• Trasladar el material en el lugar que se le asigna en el almacén.
• La identificación cada una de las estanterías para su rápida detección.
• Prever la falta de existencias para su reposición.
• Preparar y distribuir los pedidos que se sirven a los diferentes Unidades del hospital.
• Realizar el inventario semanal del material almacenado.
• Entregar al supervisor de almacén o al personal administrativo los albaranes o facturas de entrada de material diario.
• Impedir el acceso no autorizado de personas en el almacén.
• Y otras funciones que no estando incluidas en las anteriores se le ordene dentro de sus obligaciones el Jefe o supervisor del almacén.
La principal función del Celador de Almacén en este servicio es el de aprovisionamiento logístico, la realización de un control adecuado de las existencias y la provisión a cada departamento de cualquier utensilio que necesite en virtud de sus necesidades materiales.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas que el Celador de Almacén realiza en este departamento, son muy diversas y para llevarlas a cabo es necesario que este apoye a un equipo de profesionales que tengan definidas las funciones del que él forma parte y cada uno es responsable.
Sus múltiples funciones, de las que participa activamente, debe de realizarlas con la máxima responsabilidad y meticulosidad para evitar desabastecimiento de materiales que puedan salvar vidas, por eso el Celador de Almacén se encuentra tan familiarizado con los utensilios que allí se guardan, siendo capaz de encontrarlos y enviarlos a las Unidades peticionarias en un corto plazo con la mayor de las garantías.
Su formación de organización, control y distribución de pedidos, le hace un profesional indispensable para gestionar adecuadamente el almacén y por ende el

hospital, que careciendo de este profesional no se encontrarían con los estándares de calidad que cada uno de los Centros sanitarios deben tener.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/
https://congresosicepa.com/funciones-celador-servicio-almacen/

Capítulo 415

EL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA SOBRE EL PLATO TESTIGO Y LA RETIRADA DE RESIDUOS DE LA COCINA DE UN HOSPITAL

CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA

BELEN TERCERO DOCON

MIRIAM BARBERO NAVARRO

1 Introducción

La alimentación hospitalaria ha pasado de ser un simple servicio para el paciente a un factor clave son platos testados,elaborados y generalmente conocidos por tanto se adaptan a cada uno de los ingresos,para evitar los brotes por una posible intoxicación de origen alimenticio se utiliza el plato testigo del que trataremos de explicar la implicación de la pinche de cocina y en qué consiste,este tipo de muestras se suelen tomar por parte bien de la dietista o de la propia pinche si así se le encargara durante el emplatado de toda aquella comida que se va servir y repartir a las plantas en ese día.
Y por otro lado se encuentra la eliminación de residuos que también son necesarias para evitar las infecciones,intoxicaciones y evitar la contaminación, para que los desperdicios no supongan ningún riesgo ,las cuales deben ser retiradas diariamente mediante una práctica a seguir por el personal de cocina generalmente son tarea de las pinches.

Se encuentra recogido en el real decreto 3484/2000,de 29 de diciembre donde se aprueba el reglamento de las normas de higiene para la elaboración y distribución y comercio de comidas preparadas donde se encuentra recogido el plato testigo la necesidades funciones y características.

2 Objetivos

Dar a conocer la participación de la pinche en el plato testigo y en la retirada de residuos que es una tarea esencial para evitar riesgos

3 Metodología

Para elaborar el 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 como el de oposiciones de únicamente,artículos como el Real decreto 3484/2000 y se han consultado artículos en las principales base de datos como Google académico.

4 Resultados

Los platos testigo son pequeñas nuestras de al menos 100g o 150g en raciones individuales que se mantienen congeladas entre 2 y 5 días nunca más expuestas a una temperatura de 4°c mínimo debe ser identificados con nombre y fecha perfectamente colocada siendo clara y de un tamaño considerable para falicilitar su lectura deben tener fácil acceso, así en el caso de que exista un brote por intoxicación se pueda llevar a cabo un estudio epidemiológico y localizar rápidamente el problema.
En esta recogida la pinche debe tener el mayor cuidado para no llenar de germenes el recipiente ,por ello la recogida de la forma correcta es próxima al consumo a la misma temperatura y de la misma forma del resto de platos que si se van a distribuir, manteniendo todas las normas de higiene, se debe utilizar cubiertos limpios,recipientes de plástico que puedan ser perfectamente cerrados y queden bien sellados,se utilizarán guantes que luego se desecharan y nunca se debe usar Los mismos utensilios de uno para el otro y hay que manipularlo lo menos posible hasta su llegada al congelador.
A la hora de eliminar los residuos los cubos deberán contar con unos dispositivos de pedal y tapas para evitar que las manos lo toquen y por supuesto siempre

permanecerá cerrado.
Los desperdicios no se almacenarán nunca,los cubos contarán con bolsas desechables de las cuales una vez llenas las pinches la retirarán a un cuarto para este fin ,los cubos que vuelven a entrar en cocina deben estar perfectamente desinfectados,los residuos líquidos son apartados y recogidos por empresas especiales.
La normativa está regulada sobre la Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados derivada de la directiva 2008/98 CE DEL PARLAMENTO EUROPEO.

5 Discusión-Conclusión

Toda empresa de alimentación y en nuestro cado un centro hospitalario no puede ser menos se deben de implantar las medidas como sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC) Análisis de peligros y puntos de control crítico que nos permite garantizar el control estricto de la seguridad alimentaria,nos ayuda a determinar puntos críticos,esto previene y logra anticiparse al problema de intoxicación colectiva por este caso al tratarse de un hospital garantiza el rastreo diario de todo aquello que puede suponer un riesgo para los pacientes y así permite adoptar las medidas necesarias para evitar una propagación
.

6 Bibliografía

Https://www.foes.es
Ley 22/2011 de residuos directiva 2008/98 CE.
Real.dexreto 3484/2000
Https://www.madrimasd.org
Https://saisa.es
Https://www.consumer.es

Capítulo 416

RIESGOS DEL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA

MIRIAM BARBERO NAVARRO

CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA

BELEN TERCERO DOCON

1 Introducción

Este trabajo tiene como objetivo ver los riesgos que pueden ser más comunes en el día a día de nuestro puesto de trabajo, que en este caso sería en la cocina de un hospital. El principal propósito es la salud de los trabajadores y saber la información adecuada para mejorar las condiciones de trabajo e identificar los efectos adversos para eliminarlos y adaptar las condiciones.
El pinche siempre o casi siempre está expuesto a maquinarias y herramientas de gran peso y tamaño, lo cual implica con una serie de riesgos, con una frecuencia del 44 % de accidentes registrados. La posibilidad de lesiones está producida por la existencia de objetos cortantes y punzantes, de máquinas y utensilios, útiles manuales.. Etc , todo esto tendria que estar controlado por el personal de ese sector, en este caso el pinche, y saber gestionar cada accidente con la mayor precaucion posible.
La carga mental y el estrés también es otro gran riesgo para la salud, diríamos que es la que más perjudica al personal, por ello hay que saber gestionar todo correctamente y no sobrecargarnos en ninguno de estos casos, para ello seguiremos correctamente paso a paso todos los riesgos que se puedan tener.

2 Objetivos

Conocer todos los riesgos laborales que pueda sufrir el pinche de cocina en el complejo hospitalario y los accidentes que puedan con llevar .

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 base de datos.

4 Resultados

Algunos de los riesgos más habituales a los que está sometido el pinche de cocina son :

- Los cortes a la hora de manipular trozos de carne, por lo que se deben de utilizar guantes de maya metálica para evitarlos, y así tener mayor precaución a la hora de manipular dichos alimentos.
- Las caídas o resbalones, ya sean al mismo nivel, producidos por derrame de líquidos o grasas en el suelo, para ello hay que limpiarlo con los productos adecuados y no dejarlo tirado en el suelo para que otro compañero se pueda caer, también las caídas pueden ser a distinto nivel producido por unas escaleras bajando al puesto de trabajo o incluso colocando las cajas del almacén.
- El contacto térmico o quemaduras producidas por superficies calientes, ya sean por fogones, marmita, baños calientes, etc.. Estos podrían producir quemaduras desde primer grado hasta tercer grado, provocando la salida del pinche trasladandolo a urgencias.

También pueden producirse por manipulación de instalaciones eléctricas, ya que el pinche manipula varios aparatos como el pelador de patatas, batidoras .. etc. Por eso no hay que sobrecargar los enchufes, revisar todos los días los equipos y que estén en perfecto estado.

- Las lesiones en la espalda, brazos y muñecas.. Debido a los movimientos incorrectos podríamos dañarnos a la hora de levantar cargas pesadas o haciendo una mala postura al colocar cualquier producto pesado , para que esto no pase el pinche debe doblar las piernas y sin encorvar la espalda, pidiendo ayuda si fuera necesario a un compañero si vemos que no podemos con ese peso.

- Riesgos de la carga mental, este puede llegar a sobrecargarnos mentalmente, se dan cuando las exigencias de la tarea sobre pasan la respuesta del propio pinche.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de tener en cuenta que la mayoría de los accidentes de trabajo que se producen en la cocina son leves, pero en ocasiones ocurren accidentes graves. El pinche siempre tiene que tener el mayor cuidado posible en la tarea que va a realizar. Por este motivo debe conocer bien su puesto de trabajo, lo que implica, también estar capacitado y tener formación sobre todos los factores de riesgo que puedan surgir y saber como prevenirlos.
Por eso tiene que saber como reaccionar rápidamente si tuviéramos cualquier percance en la cocina y, si hubiera algún accidente llamar al responsable del turno en este caso el o la gobernante.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/riesgoslaborales-cocina-hospitalaria
https://www.winterhalter.com/cl-es/blog-winterhalter/prevencion-de-riesgos-laborales-en-cocinas-industriales/

Capítulo 417

EL CELADOR ANTE EL ASEO PERSONAL DEL PACIENTE

PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS

BEATRIZ RIGOTE MORENO

FERNANDO INFANTES ACEDO

MARIA JESUS FLORES MORAGA

JOSE CARLOS LOSA SERNA

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 paciente, 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.
El auxiliar de enfermería es la figura en la que recae la higiene de los pacientes hospitalizados como norma general, siendo apoyados y ayudados por los celadores y todo el proceso siempre bajo la supervisión del equipo de enfermeras

2 Objetivos

- Identificar los objetivos de un buen aseo en el paciente hospitalizado.
- Indicar los procesos y pautas a seguir para conseguir un buen aseo en el paciente 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:
- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio, o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.
- Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos siempre de acuerdo con las indicaciones que reciban de las Supervisoras de planta o servicios, o personas que las sustituyan.
- Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de Planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas.

- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, no pueda éste ser movido sólo por las Enfermeras o Ayudantes de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.

El aseo del paciente hospitalizado tiene una serie de objetivos:

- Fomentar los buenos hábitos de higiene.
- Conservar y/o mejorar la calidad de vida del paciente.
- 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 realizar 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 paciente 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 paciente 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 paciente hospitalizado, debemos tener en consideración:

- Los ojos se lavarán con suero estéril desde el borde nasal al temporal. El lavado de cabeza se realizará una vez a la semana.
- La higiene de los genitales se realizará 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 paciente presenta facturas y se encuentra encamado con aparatos de tracción por medio de pesas en los miembros inferiores, hay que realizar su higiene evitando que se pierda la alineación de las fracturas. Para ello, una persona debe presionar los miembros inferiores con la misma fuerza que realizan las pesas, mientras otra eleve al paciente y realiza la higiene de los genitales, glúteos y miembros inferiores.
- Deben evitarse corrientes de aire que incidan en el paciente.
- Los jabones deben ser con pH neutro para no irritar la piel.
- El aseo del paciente se realizará por la mañana, junto con el cambio de ropa de cama, y todas las veces que sea necesario

5 Discusión-Conclusión

Unos de los puntos clave a tener en cuenta en un paciente hospitalizado es la higiene. Ésta 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 paciente.
Es de vital importancia que el celador conozca los tipos de aseo dependiendo de la patología del paciente 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 paciente, aparte de lo citado anteriormente, es el bienestar del paciente, sintiéndose éste con un confort y comodidad adecuada.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/higiene-personal-celadores/#::text=Tener%20siempre%20a%20mano%20del,caso%20de%20que%20fuera%20necesario.
2. http://celadoresonline.blogspot.com/p/test-67-aseo-del-paciente-ii.html
3.https://www.mscbs.gob.es/

Capítulo 418

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y FUNCIONES DEL CELADOR

PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS

BEATRIZ RIGOTE MORENO

FERNANDO INFANTES ACEDO

MARIA JESUS FLORES MORAGA

JOSE CARLOS LOSA SERNA

1 Introducción

La atención primaria de salud queda contemplada en la ley 14/1986 de 25 de abril general de sanidad y sus posteriores modificaciones (ley 62/2003 de 30 de diciembre).
Según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud es la siguiente:
Es la asistencia sanitaria esencial que se basa en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional

de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.
En este capítulo vamos a hablar de los diferentes servicios y las diferentes asistencias que se realizan el centro de salud para los usuarios , de los equipos de atención primaria, su composición y que funciones desempeña el celador en el mismo.

2 Objetivos

*Conocer que es el centro de salud y los profesionales que lo componen.
*Exponer cuál es el objetivo de la atención primaria de salud.
*Describir el tipo de asistencia que se presta en la atención primaria.
*Explicar las funciones que desempeña el celador en estos centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado mediante la revisión bibliográfica en diferentes páginas web y libro de temario oposición descrito en bibliografía.
La búsqueda se ha basado en las palabras clave: equipos de atención primaria, centro de salud y funciones del celador en atención primaria.

4 Resultados

*El centro de salud es la estructura física y funcional donde se lleva a cabo el desarrollo de la atención primaria, los equipos de atención primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizada, que están bajo la dirección de un coordinador médico y están compuestos por:
Los médicos/as de medicina general y pediátrica, puericultura la zona, enfermeros/as, matronas y practicantes de zona, auxiliares de enfermería, celadores y los funcionarios técnicos del Estado al servicio de la sanidad local.
Los farmaceúticos titulados radicados en la zona colaborarán con el equipo.
Los veterinarios titulados también radicados en la zona, podrán integrarse al equipo.
Los trabajadores o asistentes sociales.
Personal para desempeñar tareas de administración.
También podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

*El objetivo de la atención primaria consiste en llevar la atención médica lo más cerca posible al paciente, ya sea a su comunidad, trabajo, o a donde se requiera.
*Los centros de salud comprenden:
La asistencia sanitaria en las propias consultas del centro de salud, así como en el domicilio del enfermo.
Las indicaciones y/o prescripciones, así como la realización de pruebas y medios diagnósticos básicos por el médico de atención primaria.
Los servicios de salud, realizan actividades en materia de educación sanitaria, vacunaciones, prevención de enfermedades, promoción y rehabilitación de enfermedades.
Se realizan curas, administración de tratamientos parenterales y cirugías menores.
También se realiza, la atención a la mujer, atención a la infancia, atención al adulto y anciano, atención buco-dental y la atención de urgencia.
*Las funciones a realizar por los celadores en un centro de salud son las siguientes:
• Trasladar documentos y objetos.
• Cuidar que los pacientes y el personal utilicen de manera correcta las instalaciones.
• Vigilancia y custodia del centro de trabajo.
• Movilización de enfermos en el servicio de ambulancia y dentro del propio centro.
• Apoyo al personal sanitario.
• Realizar servicios de guardia.

5 Discusión-Conclusión

El centro de salud es el centro físico en el que el personal sanitario y no sanitario de la zona básica de salud que lo integra, cuida de la primera asistencia de la población, haciendo una labor de educación y prevención en materia de salud personal y social, para evitar problemas de salud o paliar el impacto, así como de realizar los cuidados al paciente enfermo, su seguimiento y realizar una primera valoración realizando la cura del paciente, o derivándolo a los centros de atención especializada u hospitales en el caso de que el médico de atención primaria considere que es necesario la opinión de un médico especialista, para la realización o revisión de pruebas complementarias que den un resultado más claro de la afección del paciente.

La investigación de resultados en salud (IRS) en farmacoterapia nos enfrenta al reto de relacionar la utilización de los medicamentos con la mejora en la salud de los pacientes y nos ayuda a conocer el grado de implementación de la evidencia que aportan los ensayos clínicos en la práctica clínica real.

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
http://formacion.sefh.es/dpc/sefh-curso-cronico/aula3/aula3-tema11.pdf
Libro oposiciones celador de SIC-GS (sindicato independiente de celadores personal de gestión y servicios)

Capítulo 419

EL CELADOR EN QUIRÓFANO, ÁREAS QUIRÚRGICAS Y ZONAS DE CADA UNA DE ELLAS

PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS

BEATRIZ RIGOTE MORENO

FERNANDO INFANTES ACEDO

MARIA JESUS FLORES MORAGA

JOSE CARLOS LOSA SERNA

1 Introducción

Vamos a ver en este capitulo lo que es un quirofano y las funciones que tiene el celador en estos .Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), "un quirófano es un quirófano. Estas organizaciones cuentan con diferentes áreas donde se necesita todo para desarrollar una operación y hacer frente a sus posibles efectos, incluidas las complicaciones derivadas de la interferencia.
En el quirófano, el personal es la silueta del cuidador, su trabajo en el quirófano es fundamental, y si estás pensando en dedicarte a esta labor tan especializada, debes conocer cuál es su función, incluido el paciente. movimiento, movilización de pacientes, transporte de documentos e insumos, seguimiento, cuidado de insumos y equipos así como apoyo en quirófano. Por estas funciones y las condiciones específicas de trabajo en quirófano, es importante que el operador

de quirófano sea consciente de la importancia de una perfecta asepsia y posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones, así como de las diversas funciones del personal que tendrá que trabajar. en equipo, además de sus propias funciones dentro y fuera del hospital. Es importante conocer las principales áreas de restricciones progresivas que existen dentro de ellas, encaminadas a eliminar las fuentes de contaminación, así como sus áreas.

2 Objetivos

*Conocer las funciones del celador en quirófano.
*Diferenciar las tres áreas en las que queda delimitado el quirófano, así como las zonas de cada una de la áreas.

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. Además de consulta en varios libros de temario oposición descritos en bibliografía.
La búsqueda se ha basado en las palabras clave como: quirófano, áreas de quirófano y funciones del celador en quirófano.

4 Resultados

ESTABLECER FUNCIÓN EN SALA DE OPERACIONES PEQUEÑA
1. En los quirófanos, asistirán en todas las funciones asistenciales asignadas a estos servicios, así como las asignadas por médicos, supervisores o enfermeros. 2. Serán los encargados de trasladar a los pacientes de la sala de exploración, al quirófano, a la UCI y viceversa, velando de forma continua que cada paciente vaya acompañado de una historia clínica por parte de la enfermera. , unidad de origen. 3. Ayudarán al personal médico a llevar al paciente a la mesa de operaciones: la enfermera está de servicio. 4. Cooperan con el anestesiólogo para colocar al paciente en la posición correcta. Primero, se anestesia al paciente y, según lo recomendado por el anestesiólogo, se coloca al paciente en la posición correcta

para la cirugía. 5. Asistirán o despacharán a los pacientes que lo necesiten, a solicitud del médico, supervisor o enfermero a cargo. 6. Se trasladarán los equipos o muebles necesarios para intervenir. Ellos moverán la máquina de rayos X, el escáner de ultrasonido, el brazo de anestesia, la torre del endoscopio y más. en el quirófano. 7. Durante la cirugía, la enfermera permanece en el área preoperatoria por si se necesita su ayuda. 8. Transportarán documentos, analíticas, analíticas realizadas durante la intervención al laboratorio, al banco de sangre (concentrado de glóbulos rojos y plaquetas), al servicio de patología (set de nacimiento), etc. 9. Como en todos los servicios del Instituto de Salud, el personal médico deberá cumplir y respetar todas las normas internas vigentes en el servicio quirúrgico, con especial atención a la higiene o esterilidad. 10. Realizará los servicios de protección correspondientes como parte del turno acordado. 11. Informar a su superior jerárquico de cualquier daño o irregularidad que descubra durante la limpieza y mantenimiento del edificio y los materiales. 12. Los pacientes que fallezcan durante la intervención serán trasladados a la morgue. En caso de que un miembro enfermo requiera una amputación, el cuidador lo trasladará a la morgue, siempre con el consentimiento del cirujano. 13 Al trasladar al paciente del quirófano a la unidad de cuidados intensivos, la cabeza debe estar recostada de lado para evitar vómitos, si está inconsciente, el brazo y el codo deben estar sobre el cuerpo. Nunca sobresalga de la cama, la cama se deslizará suavemente. catorce. Todas estas características, similares a las anteriores y aún no descritas en detalle, serán también la misión de Sentinel. quince. Una de las funciones específicas del supervisor es el afeitado: en el caso de un peluquero o una emergencia, los hombres serán afeitados, la persona que interferirá con la cirugía en áreas que necesitan esto. El quirófano es un área hospitalaria altamente especializada, dividida en áreas o limitaciones, esta separación tiene como objetivo evitar la posibilidad de contaminación y sistematización de procesos y procedimientos implementados en el proceso. Tarjetas quirúrgicas en tres áreas: Exist: Exist :: Exist :: : son::
Región 1_ sin limitado, reemplazo o suciedad
Es un área de protección de la sala de operaciones porque tiene una conexión directa desde el exterior, que es un área contaminada, en esta área puede ingresar a la ropa de la calle y puede distinguir entre:
*La sala de espera antes de la cirugía en la que el país es aceptado, preparado y preparado. Con cortinas, pantallas o ambiente de vida individual, esperando cirugía. * Cuarto de batas: debe estar segregado por género, tener lockers y debe tener ropa quirúrgica, la cual al final de la jornada laboral es doblada a un canasto para su posterior esterilización. * Área de almacenamiento de basura y lugar para preparar herramientas para enviar a esterilización. 2_ Zona libre o parcialmente

restringida
Es la interfaz entre el área sucia y el área restringida, incluye:
* Zona de estar, donde el personal de teatro descansa entre intervenciones. * Está en funcionamiento el pasillo de acceso al teatro que conecta la zona libre con la zona restringida. * Sala de equipos, en la que se encuentran, entre otros, accesorios camas quirúrgicas, equipos de RX, etc.
* Unidad de reanimación o reanimación es la unidad donde se recupera el paciente hasta que esté listo para ser dado de alta o trasladado a planta. * Un centro de desinfección donde se destruyen todos los microorganismos patógenos y no patógenos, incluidas sus formas inmunes. 3_ Área cerrada o estéril
Esta es un área restringida para evitar infecciones, ya que durante la cirugía se realizan procedimientos estériles, incluye:
* Prequirúrgico es el área que comunica directamente con el quirófano. * Área de lavado de manos y antebrazos y preparación preoperatoria del personal que realizará la operación. * El quirófano es el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Se puede resumir que el quirófano es un espacio independiente y aislado donde la intervención quirúrgica y los anestésicos de reanimación son necesarios para el correcto desarrollo de la intervención quirúrgica, debe proporcionar tanto al paciente como al paciente un lugar adecuado y preparado tanto para intervenciones no electivas como no electivas. -electivo. -Actividades selectivas. fue creado con prisa, en el que no había tiempo para prepararse. Los quirófanos se dividen en tres áreas principales: el área negra, el área gris y el área oscura.
Blanco. El personal de enfermería es una parte importante del equipo de quirófano ya que son el primer y último contacto con el paciente, además de algunas de las funciones personales y de apoyo con el resto del personal de quirófano.

6 Bibliografía

https://essaeformacion.com/el-celador-en-el-quirofano
http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html
https://www.google.com/search?q=definicion+de+quirofano&ie=utf-8&oe=utf8&client=firefox-b
https://www.quirofano.net/areas-quirofano/zonas-quirofano.php

Capítulo 420

ACOMODACIÓN DEL ENFERMO ENCAMADO DESCRIPCIÓN Y PAUTAS POR EL CELADOR

CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ

MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES

JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ

MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ

ANA BELÉN VILLA MARTÍN

1 Introducción

Estos movimientos son los que el personal de celador ejecuta en muchas ocasiones a la hora de atención en los cuidados del enfermo ingresado en colaboración conjunta con personal de celadores principalmente.
En el posicionamiento del enfermo ingresado, nos podemos encontrar con diferentes tipos de movimientos que les podemos aplicar a los enfermos ingresados y siempre va a depender de las características y del tramo del desplazamiento. Los más utilizados son:
Las vueltas y los giros, con respecto a las vueltas serán estas, el objetivo de la descripción en este texto, además están los levantamientos y descensos, los enderezamientos, los traslados a otras dependencias del centro o las elevaciones con grúa entre otros.

Y es destacable y se debe estar informado, siempre antes de poner en práctica, estas técnicas de movilización y que va a depender la forma en las que las tengamos que ejecutar, dependiendo del tipo de enfermo ingresado que tengamos que tratar, los cuales se distinguen en dos tipos principales:
• Enfermo ingresado que no puede colaborar. Sera el enfermo ingresado que por su enfermedad, discapacidad o recomendación médica, no puede colaborar con el personal que le va a tender
• Enfermo ingresado que si puede colaborar. Sera el enfermo ingresado nos puede ayudar y colaborar con sus movimientos
En este artículo nos vamos a centrar en ver cómo emplear la técnica de las vueltas Si ejecutamos la descripción en referencia Vueltas, la vuelta se practica cuando se requiere cambiar la posición tumbada del enfermo ingresado, por ejemplo, cuando el enfermo ingresado pasa de la posición decúbito prono a decúbito supino. La vuelta nos ayuda para los cambios posturales, hacer la cama o por supuesto el aseo.

2 Objetivos

Describir paso a paso la técnica de las vueltas del enfermo ingresado, ejecutada por los profesionales sanitarios y no sanitarios siempre en colaboración, dependiendo de si el enfermo ingresado puede colaborar o no porque su patologia no lo permita o por encomienda médica.

3 Metodología

Se trata de una investigación en la que se ejecuta una revisión de la literatura que existe en este campo, tanto nacional como internacionalmente. También se hace una revisión a través de diferentes bases bibliográficas de la literatura científica que existe, de libros, artículos científicos e información procedente de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

• Colocación del enfermo ingresado de decúbito supino a decúbito prono. posicionar por un solo profesional del enfermo ingresado que va a colaborar
- Se emplazará la persona en el lateral de la cama siempre contrario al que se va a girar

- Se le dirá que si puede proceda a la flexión del brazo próximo al profesional que le ayuda y con el otro brazo se aferre al cabecero de la cama
- El profesional debe deslizar un brazo por debajo de los hombros y el otro por sus caderas
- Coordinar con el enfermo ingresado de que a la orden de moverse se efectúe los dos a la vez decirle que procure girar hacia el lado del brazo que tiene en el cabecero y girarle hasta la posición de decúbito prono
- Por último, se deja al enfermo ingresado bien acomodado

• Movilización de enfermo ingresado no colaborador, ejecutada por dos personas

- Se posicionarán los dos profesionales de cara al enfermo ingresado en el lado de la cama contrario al que se va a girar
- Se le pedirá al enfermo ingresado, que flexione el brazo distal a los profesionales que le están aplicando la técnica de la vuelta, colocándolo bajo su cabeza, y el otro brazo bajo su cadera, si el no pudiera lo haríamos nosotros.
- Uno de los profesionales resbalará un brazo por debajo del hombro hasta el hombro contrario y el otro brazo deberá ir por debajo del pecho
- El profesional que queda, deslizara un brazo por debajo de las caderas y piernas
- A la orden acordada y de forma conjunta se movilizará a la posición de decúbito lateral
- A la orden acordada y de forma conjunta se girará al enfermo ingresado hasta la posición de decúbito supino
- Terminando con la acomodación del enfermo ingresado

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver es de suma importancia, la correcta aplicación y actualización por parte del personal sanitario y del personal de celadores, de la adecuada ejecución de estas técnicas ya sean vueltas, giros, enderezamientos, levantamientos o traslados entre muchas otras, va depender la salud física del profesional en cuanto a lesiones, si se aplican correctamente, y sobre todo va a repercutir en un gran benéfico para el enfermo ingresado el cual si se hacen con prontitud y eficiencia, le será más llevadero y menos traumático en cuanto a confort o percibimiento del dolor, que pueda percibir de la ejecución de estas movilizaciones.

6 Bibliografía

1. http://ciapat.org/biblioteca/pdf/855-Tecnicas_de_movilizacion_de_enfermo ingresados_para_la_prevencion_de_lesiones_dorsolumbares.pdf

2. Caballero Rubio Olga, López Sánchez Trinidad, Amoedo Cabrera Mª Luz, Suárez González Sara. Seguridad en la trasferencia/traslado de los pacientes hospitalizados renales. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 [citado 2022 Ago 25] ; 20(Suppl 1): 55-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000500055&lng=es.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm
4. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-en-el-enfermo
ingresado-encamado-objetivo-y-procedimiento/

Capítulo 421

EL CELADOR Y LOS ENFERMOS ENCAMADOS EN LA UNIDAD DE UVI

MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES

CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ

JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ

MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ

ANA BELÉN VILLA MARTÍN

1 Introducción

Los cuidados relacionados con la higiene son cometidos de la TCAE con ayuda del celador. La higiene del enfermo tiene como objetivos proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que actúa como una medida preventiva contra las posibles infecciones de la piel y proliferación de bacterias.
Hay que tener en cuenta que la higiene es uno de los aspectos más importantes en el bienestar del enfermo y que agradecen mucho, pues les aporta beneficios de inmediato. Después del aseo personal, pueden observarse sensación de frescor y limpieza, aumenta la autoestima, se ven más cuidados.
Además, el momento del aseo es también adecuado para fomentar la comunicación y valorar por parte de los profesionales de enfermería al enfermo en aspectos como estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y en la cavidad oral, nivel de dependencia, movilidad, estado nutricional.

Hay que recordar que estamos tratando con personas cuyo estado de salud es muy delicado y en ocasiones un simple movimiento inadecuado puede provocar alguna lesión que lo agrave.
Por eso, se trata de un trabajo en equipo A partir de esta valoración, es posible establecer medidas que protegen al enfermo de riesgos, el TCAE debe preservar la independencia del enfermo, asegurar su intimidad, mostrarle respeto, y contribuir así a la dignidad del individuo.

2 Objetivos

Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en las funciones del Celador en el aseo al enfermo encamado en una Uvi.

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 aseo se hace cuando el enfermo tiene incapacidad para efectuar su propia higiene y por estar encamado bien sea consciente o intubado. Las tareas efectuadas al enfermo en uvi se tienen que hacer con mucho cuidado debido a la gravedad que suelen presentar.
Para ello, contaremos con la enfermera que se encargará de ir guiando en los movimientos que hay q hacer mientras está a la cabeza del enfermo vigilando los monitores en todo momento, con el celador y con el TCAE.
La TCAE es la encargada de ejecutar todo el aseo y el celador ayudara a movilizar al enfermo.
Una vez valorada la capacidad del enfermo, se le tiene que comunicar lo que vamos a hacer. La TCAE se colocará los guantes desechables y recogerá agua en varias palanganas a unos 40 45℃ aproximadamente, una con clorhexidina y otra para aclarar.

En función de lo dependiente que sea el enfermo, se le ayudará a desvestirse, se retira la ropa de cama superior. Se efectúa el lavado del enfermo, el enjabonado se empezará por la cara, cuello, hombros, axilas, brazos, manos, tórax, abdomen, espalda, piernas y pies y por último genitales.
Se enjuagará el cuerpo y se procede al secado con especial hincapié en pliegues y siguiendo el mismo orden que el enjabonado, hidrataremos la piel con aceite de almendras y a continuación se efectúa el aseo de la boca
El aseo de un enfermo de UVI se compone de varias partes, teniendo un orden establecido; El Cabello se lavará varias veces por semana ó siempre que sea preciso.
Ojos, fosas nasales, cavidad bucal y cepillado de dientes si el enfermo está consciente y controla la deglución del colutorio. Miembros superiores; hombros, axilas, brazos, dedos, uñas y espacios interdigitales. Tórax; Especial cuidado debajo de las mamas, Abdomen, pubis y miembros inferiores, comenzando de ingles a pies.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermos que se encuentran hospitalizados en una unidad de cuidados críticos tienen muchas necesidades que se les debe de atender.
Estas necesidades tienen que ser efectuadas tanto por personal sanitario como personal no sanitario mientras el enfermo permanezca ingresado en una institución sanitaria.
Los procedimientos que se efectúa para cubrir las necesidades de higiene son cuidados básicos que promueven el bienestar del enfermo.
Es muy importante que tanto el personal de enfermería como el Tcae, como el celador, valoren los riesgos que puede haber en el enfermo crítico en cuanto a la efectuación del aseo.
Debido a esto, es necesario que esta técnica esté monitorizada y supervisada en todo momento.

6 Bibliografía

1. L. Vivanco Montes, B. Gómez, M. Jaime. Repercusión de las maniobras de enfermería sobre la presión intracraneal (PIC) en enfermos con hipertensión intracraneal (HTIC) de origen traumático y no traumático. Enfermería Intensiva, 8 (1997), pp. 17-22 J. Pericas Beltrán, G. Gallego Caminero.

2. Fernandes da Cruz Silva Leticia, Machado Regimar Carla, Fernandes da Cruz Silva Vania Maria, Salazar Posso Maria Belén. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Oct [citado 2022 Sep 14] ; 12(32): 88-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400006&lng=es

Capítulo 422

PERÍODOS QUE SOPORTA EL ENFERMO INGRESADO EN PSIQUIATRÍA POR EL CELADOR

JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ

CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ

MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES

MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ

ANA BELÉN VILLA MARTÍN

1 Introducción

Según referencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de salud, la representa no sólo como la ausencia de enfermedades o patologías físicas, si no como un estado de bienestar físico, psíquico y mental. Así pues, no es posible tener una buena salud sin tener en consideración la correcta salud mental.

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, (Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad), se toma en consideración al enfermo con patologías mentales como enfermo y por tanto un usuario más que va a precisar de servicios sociales y sanitarios en igualdad con el resto de pacientes enfermos. Por ello, las instituciones sanitarias ya cuentan con unidades especiales y destinadas de

hospitalización para el tratamiento y control de los enfermos mentales que así lo necesiten y precisen.
Lo que se pretende y la finalidad y objetivo de esta Ley, es que aparte de reconocer al enfermo mental dentro de la sociedad, es incorporar a estos enfermos dentro de Sistema Sanitario, y por eso se emprende a crear hospitales de día, centros especializados y expertos de salud mental, unidades de hospitalización, y fomentar efectuar la eliminación de lo que conocíamos antiguamente como los manicomios, que eran centros en los cuales se recluía a estos enfermos para mantenerlos apartados de la sociedad.

2 Objetivos

- Describir las denominadas fases de hostilidad

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un enfermo se muestra en un estado de mucha agresividad o nerviosismo, el celador deberá auxiliar al equipo sanitario destinado en salud mental en la contención del enfermo, y para poder ejecutarlo y además de manera eficaz debemos saber primero los designados periodos de Hostilidad por la que atraviesa el enfermo que vienen descritas como:
1. Fase racional. Los enfermos están abiertos a razonar la mayoría de ellos, por lo que se debe intentar primero hablar con ellos, discrepando de modo apacible y tranquilo el problema, y con ello poder resolver la controversia con palabras, hablándole con mucha calma y seguridad e intentando convencerle de que se tranquilice.
2. Fase sólida. En esta fase, se debe buscar el detonante que induce o provoca que el enfermo este enfadado e intentar que no vaya a más y se agite demasiado.

El enfermo no va a razonar o no es capaz, por lo que no intentaremos calmarlo hablando. La opción más adecuada en esta fase es manejar la escucha activa, dejar que el enfermo sea el miso el que se exprese y hable, escuchándole con mucha calma y sobre todo paciencia.
3. Fase de enlentecimiento. La sensación de agitación y enfado no perpetuara si no existe otro condicionante que le siga provocando, por lo que el enfermo debería ir calmándose, incluso se agotará y bajara el nivel de agitación.
4. Fase de afrontamiento. Después de estar escuchándole sin interrumpirle, se podrá intervenir, siempre desdé la empatía, en ningún momento entraremos en juzgarle su actuación. Debemos hablarle con buen tono, mucha calma y tratando siempre de entenderlo. Todo ello tendrá como resultado de llegar a la fase de calma y su ira descenderá.
5. Fase de enfriamiento. Si realmente llegamos a crear una confianza y empatizamos con el enfermo, este llegará a calmarse por sí solo al sentirse entendido.
6. Fase de solución. El enfermo vuelve al estado inicial de su propia normalidad, y es aquí cuando se intentará resolver el afrontamiento del problema, porque entonces ya estará más razonable y receptivo. Si no se logra llegar a esta fase de solución, pediremos ayuda y no seguiremos insistiendo.

5 Discusión-Conclusión

Para afrontar las fases por las que pasa un enfermo en estado de agitación, llegamos a la conclusión y opinión de la importancia que tiene la empatía con estos enfermos, utilizar la escucha activa, manifestando sentimientos e incluso recompensarle si lo creyéramos oportuno. No debemos tener dudas nunca en pedir ayuda si no somos capaces de controlar la situación, el celador que trabaja en la Unidad de Psiquiatría debe estar familiarizado y correctamente instruido con los diferentes tipos de trastornos mentales que padecen los enfermos, para poder ejecutar sus funciones con mayor eficacia. Debemos tener en cuenta, que son enfermos sensibles que requieren de un trato muy delicado ya que son muy imprevisibles a veces en sus reacciones.

6 Bibliografía

1. Temario celador Campus Salud.
2. Acuñas Gelabert María, Bermúdez de la Puente Andión Carmen, Lago Blanco Eva, Vilavedra Vaamonde Andrea, Marín Sanchez Noelia, Ibarra Uría Olga. Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes

con trastorno límite de la personalidad en terapia dialectico-conductual. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2009 [citado 2022 Ago 25] ; 29(2): 523-532. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200016&lng=es.
3. celadoresonline.blogspot.com
4. 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 Ago 25] ; 53(208): 29-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es.
5. cgtsanidadlpa.org
6. Guerrer Cristina, Francesc. Hostilidad defensiva y salud: funcionamiento psicofisiológico cardiovascular. Temas psicol. [Internet]. 2008 Jun [citado 2022 Ago 25] ; 16(1): 09-33. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000100002&lng=pt.
7. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 423

CONOCIMIENTOS Y ACTUALIZACIÓN DEL CELADOR EN PRIMEROS AUXILIOS

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

KENIA MARTÍN GÓMEZ

MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL

NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA

MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ

1 Introducción

Ante cualquier accidente sin duda ninguna se debe dar siempre el aviso al sistema de emergencia, recordemos el acrónimo (P.A.S). que estas son las letras que van a indicar y recordar las tres acciones vitales e intervenciones para dar el inicio y emprendimiento a la asistencia en un accidentado o lesionado, estas siglas nos servirán de recordatorio a la hora de cómo ayudar o rescatar a un sujeto que ha padecido un accidente y que está en riesgo.
Para atender e intervenir a un sujeto que está en riesgo o ha padecido un accidente, poner ante todo la seguridad del lesionado/accidentado y por supuesto la nuestra, es de responsabilidad seguir una conducta ordenadamente consecutiva y en precepto en los tres pasos que se aglomeran en un acrónimo como el P.A.S (Proteger, Alertar y Socorrer).

Estas son las sugerencias en términos generales en los primeros auxilios, de la Conducta a seguir con el P.A.S

- El carácter P corresponderá a la de Proteger

Esta técnica consistirá, en certificar de que el lugar en que se esta es seguro. Si bien esto es así en la gran mayoría de los accidentes, puede llegar a no cumplirse siempre y hay que tener muy en consideración, sobre todo en los sucesos como los accidentes de tráfico, incendios, o en las catástrofes, etc. y siempre asegurarse el rescatador en primer lugar, si no se está protegiendo a si mismo será difícil, que pueda seguir ayudando, si además de lo ya ha acaecido, al sujeto que va a ejecutar y poner en práctica el PAS le ocurriera algún accidente, seria nefasto.

- El carácter A es de Avisar

Si bien la mayor parte de los accidentes que pueden poner en peligro a un sujeto suelen provocar lesiones por norma general, estas suelen ser leves y que no requieren de una atención médica urgente, en caso de que el accidente presentará mucha gravedad se ha de llamar al teléfono de emergencias (112).

- El carácter de S es de Socorrer

Para el que va a prestar el auxilio, este pueda asistir y ayudar a un sujeto que ha tenido un percance o accidente, hay que proponerse seguir siempre en orden y consecutivamente una serie de puntos, entre la que se debe introducir por su vital importancia a la Reanimación cardiopulmonar.

2 Objetivos

- Dar a conocer el protocolo y la técnica de aplicación, actuación del (P.A.S), proteger, avisar, socorrer
- Exponer las diferentes sistemáticas de aplicación de la RCP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la Literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como la página Scielo, seleccionando artículos de atención primaria, en la que se ha analizado el procedimiento de la RCP.

4 Resultados

Se debe tener en muy en consideración que, para que se pueda ejecutar la RCP, debemos poner en marcha el protocolo P.A.S:

- Proteger: Asegurar siempre si el entorno y alrededores que no revisten de peligro, tanto para el que va a prestar las acciones así como para la sujeto lesionado o accidentado, comprobando en todo momento de que ninguno se halla en un contexto de riesgo.
- Examinar los signos vitales del lesionado o accidentado. Si el herido no demuestra respuesta alguna, se desempeña la maniobra de frente-mentón, la cual consistirá en ir despejando y así se abre la vía aérea y aseguranos que no hubiera ningún objeto o algo que tapone la vía respiratoria y que este pueda haberse situado adentro de la oquedad bucal. Se debe evitar mover al lesionado o accidentado, por si asumiera alguna contusión o golpe a nivel cervical, en asunto de duda o sospecha de una lesión cervical, se debe elegir para ejecutar la maniobra conocida como de tracción mandibular. En la maniobra frente-mentón se tendrá que observar los movimientos inspiratorios torácicos y abdominales, se debe estar pendiente de la escucha o la existencia de ruidos y resolver si hay emanación de aire, no prorrogando en tiempo de este proceso, más de 10 seg en estas comprobaciones .
- Avisar: Se procederá a pedir siempre ayuda tanto a los sujetos del lugar que estén cercanos al entorno de emergencia que se está ocasionando, si no se pudiera dar el aviso, por el motivo que fuera, avisar a través del teléfono al servicio de emergencias sanitario conveniente el cual será el 112.
- Socorrer: Es de suma importancia y por supuesto vital, el alcanzar los pasos convenientes para ejecutar correctamente el desempeño de de socorrer y sobre todo cuando se debe proceder a establecer una Reanimación cardiopulmonar (RCP):

1) Se dispondrá al sujeto lesionado en una superficie siempre lo más recta y dura que se pueda y se procederá a acometer el masaje cardíaco.
2) Se disponen las manos entrelazadas, sobre el esternón y en el centro del tórax. Se ejecutarán unas 30 compresiones con un ritmo mínimo de unas 100 a 120 compresiones por minuto y a una profundidad de presión de unos 5 cm para adultos.
3) Cuando acaban estas compresiones, se procede a acometer dos ventilaciones boca a boca, asegurándose y verificando que se infla el pecho.
4) Pasados 2 minutos del comienzo de la RCP, se pararán las maniobras, para saber si está siendo efectivo el procedimiento y ver si el sujeto ha recuperado la consciencia. Si no se restableció o recupero la conciencia, se deberá, seguir

efectuando, la maniobra de RCP, hasta que esté presente el profesional de emergencias y se dé el relevo con la reanimación que se está realizando o, si por el contrario a los 30 minutos no se demostrara una respuesta por parte del sujeto accidentado, la RCP se tendría que dar por finalizada.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición en este artículo en cuanto a los primeros auxiliaos o la asistencia sanitaria de emergencia, se concluye en nuestra opinión, que lo esencial es conocer muy bien la aplicación y la gestión de la maniobra de la RCP, se debe ser consciente, que es de vital importancia a la hora de las posibilidades que tiene de supervivencia un sujeto. Tras llevar a cabo esta investigación, se ha evidenciado que es vital reaccionar con la mayor rapidez posible al enfrentarse a la ejecución de una RCP al aplicar el Protocolo P.A.S. Proteger, Avisar, Socorrer, ya que el pronóstico del sujeto podrá mejorar e incluso sobrevivir, cuando de otro modo no lo hubiera podido hacer.
El desarrollo de esta maniobra es relevante, tanto en la esfera sanitaria, como asimismo en el campo social, ya que estos sucesos se puede dar en la vía pública y puede ayudar y cambiar la vida de un lesionado o accidentado, así como el resultado del futuro paciente si se ejecuta con prontitud y correctamente.

6 Bibliografía

1. Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E., Álvarez A.. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2022 Ago 30] ; 33(Suppl 1): 55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.
2. Biblioteca virtual de SciELO: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400022
3. García Herrero M.Á., González Cortés R., López González J., Aracil Santos F.J.. La reanimación cardiopulmonar y la atención inicial a las urgencias y emergencias pediátricas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Nov [citado 2022 Ago 30] ; 13(Suppl 20): 197-210. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400022&lng=es.
4. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-ante-cualquier-situacion-de-urgencia-emergencia-conducta-pas/
5. https://neosalus.com/protocolo-pas-como-actuar/

6. Cordero Escobar Idoris. La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. Rev cuba anestesiol reanim [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Ago 30] ; 16(3): 1-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182017000300001&lng=es.

Capítulo 424

EL TRASLADO DEL PACIENTE REALIZADO POR EL CELADOR

KENIA MARTÍN GÓMEZ

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL

NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA

MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ

1 Introducción

Cuando el paciente es considerado dependiente, va a precisar de apoyo y efectuación de parte de los profesionales de la salud y en concreto del celador y el técnico en cuidados de enfermería, cuando se tenga que ejecutar algún traslado.

El requerimiento los citados traslados será aplicar, siempre cuales son los principios de mecánica corporal y las directrices en general, en referencia a la movilización, para que nos beneficie en la prevención de traumatismos, así como mejorar y beneficiar la seguridad en el traslado del paciente .
Se considera traslado, cuando movemos a un paciente un área a otra de la institución hospitalaria. El traslado va a modificarse según el motivo y sobre todo del estado del paciente enfermo. El cual podría ser independiente, con lo cual puede ir andando, tener que manejar la ayuda de bastón o andador o requerir de la ayuda de una silla de ruedas o proceder a ello en camilla o en cama o camilla.

El último, el traslado en camilla va a ser el objeto y la exposición de nuestro artículo.

En lo que concierne a competencias y funciones además de ser lo más habitual, es que los traslados los ejecuten los celadores, aunque siempre tendrá que pedir ayuda o apoyo de los demás profesionales de enfermería que estuvieran a cargo del paciente .

El traslado debe ejecutarse con total seguridad y comodidad en cuanto al paciente . Se deberá revisar y estar asegurados que los dispositivos que esté utilizando el trasladado estén bien ubicados, debemos tener confirmación de que las bolsas y sistemas de sueros permanecerán en posición elevada, así como de que los sistemas no se encuentren acodados. Las bolsas recolectoras de la orina o Uri-meter y otras excretas que estén colgadas adecuadamente cada cuna en sus soportes.

2 Objetivos

- Ver el procedimiento a ejecutar a la hora de que se tenga que trasladar o movilizar a un paciente en camilla, así como el material que es necesario.

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 efectuado 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

Traslado en camilla
Para trasladar y mover a un paciente en camilla lo inicial será pasarlo desde la cama a la camilla.
Una de las técnicas que podemos efectuar será la transferencia disponiendo de una sábana entremetida:
• La forma más recurrente es con una sábana denominada y conocida como entremetida. Cuando nos referimos a una sábana, entremetida, es una sábana y que esta para su posterior utilización y comodidad, se doblara por el lado largo a

la mitad, la sábana referida deberá meterse por debajo del paciente , quedando esta, entre el paciente y la sabana bajera, de modoque abarque desde los hombros hasta los muslos.
• Para movilizar a un paciente se requieren por norma y protocolo dos profesionales y una a cada ambos lados de la cama. ubicaremos al paciente en decúbito lateral, lo más cerca posible del borde de la cama y metemos la sábana entremetida, por el lado contrario y opuesto al que está girado.
• Cuando está ubicada la sábana entremetida, se hará un tipo rollo, por los laterales cogiéndola cada profesional fuertemente para mover al paciente al lateral de la cama que se haya proyectado previamente.
Otra técnica de movilizar a al paciente enfermo es, cuando se precisa tres profesionales y se ejecuta de la siguiente manera
• Si el paciente es con dependencia total y no va a ayudar serán precisas un mínimo de unos tres profesionales. comprobar en todo momento que este frenada, la camilla y la cama.
• La camilla se ubicará cuando se pueda perpendicular a la cama, el cabecero de la camilla debe estar rozando los pies de la cama; Los tres profesionales se emplazarán de frente a la cama, con un pie adelantado a la cama; Doblaran las rodillas al unisonó y a su vez meterán sus brazos por debajo del paciente :
- La profesional primera introducirá uno de sus brazos debajo de la nuca y los hombros y otro brazo debajo del área del tórax.
- La profesional segundo introducirá un de sus brazos debajo de la región lumbar, el otro brazo debajo del paciente en el área de las caderas. o La profesional tercera encajará sus brazos, uno de ellos debajo de las caderas del paciente y el otro por debajo del área de las piernas.
• Posteriormente, los tres profesionales movilizan al paciente hacia ellos a la de tres, haciéndolo con cuidado sobre sus brazos.
• Hay que tener siempre al paciente lo más próximo al cuerpo para evitar y prevenir innecesarios esfuerzos; los tres profesionales elevaran al paciente , volteando los pies y avanzando hacia la camilla. posteriormente deben doblar las rodillas y apoyar los brazos en la camilla.
• Los tres profesionales deben hacer los movimientos despacio y a la vez, por la seguridad tanto del paciente como la de ellos para evitar lesiones .

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión a partir de describir exhaustivamente la técnica y procedimiento de traslado de un paciente de la cama a la camilla que se puede eje-

cutar de varias maneras pudiendo ser, con una sábana entremetida y dos profesionales o con tres profesionales y que el fin a partir de aplicar adecuadamente los principios de mecánica corporal y movimiento, es la de trasmitir al paciente una seguridad además de dársela y que si este procedimiento, se efectúa con los movimientos coordinados y adecuados, realizándolo todo en equipo y en una total colaboración, se llegara eficazmente al objetivo propuesto, el cual es proceder a un traslado intachable de una cama a una camilla, se evidencia que todos estos movimientos lo más relevante es la total coordinación de hacerlo todos a la vez para evitar lesiones o traumatismos, tanto al paciente como al profesional que lo esté haciendo.

6 Bibliografía

1. Caballero Rubio Olga, López Sánchez Trinidad, Amoedo Cabrera Mª Luz, Suárez González Sara. Seguridad en la trasferencia/traslado de los pacientes hospitalizados renales. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 [citado 2022 Ago 30] ; 20(Suppl 1): 55-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000500055&lng=es.

2. https://es.scribd.com/document/477875783/Cuidados-de-enfermeria-asociados-a-la-movilizacion-de-paciente
s

3. Martínez Camacho Miguel Ángel, Jones Baro Robert Alexander, Gómez González Alberto, Pérez Nieto Orlando Rubén, Guerrero Gutiérrez Manuel Alberto, Zamarrón López Eder Iván et al . Movilización temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) [revista en la Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Ago 30] ; 35(2): 89-95. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092021000200089&lng=es.
Epub 25-Abr-2022. https://doi.org/10.35366/99529.

4. Melo Leonardo Nogueira, Freitas Vera Lúcia, Santos Emanuel Pereira dos, Pereira Raphael Dias de Mello, Oliveira Vanessa Silva de, Santos Inês Maria Meneses dos. Evaluación del transporte crítico de pacientes: Una revisión sistemática. Enferm. glob. [Internet]. 2020 [citado 2022 Ago 30] ; 19(57): 615-647. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100019&lng=es.
Epub 09-Mar-2020. https://dx.doi.org/eglobal.19.1.368101.

Capítulo 425

EL CELADOR EN LA FUNCIÓN DE LA PREPARACIÓN DE LA ZONA CORPORAL EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

KENIA MARTÍN GÓMEZ

NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA

MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ

1 Introducción

La preparación de las áreas o zonas que van a ser manejadas e intervenidas y en cuanto a la piel se efectúa siempre con la finalidad primordial de prevenir y evitar las infecciones que son procedentes por la flora que coloniza nuestra piel en condiciones de normalidad.
En este proceso lo que se efectúa es eliminar la suciedad, microorganismos de flora transitoria y la grasa, que se depositan o excreta la piel y llegar a poder controlar a través de las soluciones antisépticas a los microorganismos que residen y viven que son la colonia bacteriana, estos se ubican en los folículos pilosos y que no es posible retiraros con el lavado habitual rutinario.

La correcta ejecución de la higiene de la piel nos va a dejar someter el riesgo de que se padezca infecciones derivadas de la lesión operatoria adjunta a estos procedimientos invasivos, incrementando como beneficio, la calidad de la asistencia, prevención y cuidado de los intervenidos, para ello la limpieza del área o zona quirúrgica es de suma importancia, además de vital en el campo operatorio y áreas adyacentes, deben estar esta sin residuos, limpia y libre de suciedad y así la flora bacteriana quedara exponencialmente menguada a unos mínimos niveles. Los estudios asimismo evidencian que las infecciones se abrevian en gran parte al no verse alargado el ingreso en el tiempo preoperatorio del intervenido dentro de la institución hospitalaria. La limpieza siempre se debe emprender antes de la preparación quirúrgica de la piel (1).

2 Objetivos

- Describir las técnicas y pautas a seguir y el material a manejar para la preparación de la piel.
- Exponer el proceso del rasurado como parte de la prevención de infecciones y de la preparación antes de la intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Pasamos a ver y describir por áreas y zonas , como se debe emprender en el instante de rasurar y de que el procedimiento sea lo más limpio, higiénico y con un grado alto en eficacia posible, para la prevención de la posibilidad de infecciones nacidas de una mala praxis.
El área y zona a rasurar estriba de la cirugía que se vaya a practicar:

En la cirugía abdominal, se rasurará a partir la línea mamaria hasta el tercio de los muslos superior hasta la línea de la mesa quirúrgica, el intervenido estará en decúbito supino. Incluyendo en la realización el vello púbico.

En cirugía mamaria y torácica, se rasurará el hombro, conjuntamente, de la región superior del brazo hasta el codo incluyendo el área axilar y la pared torácica igualmente hasta la línea de la mesa quirúrgica y más hasta el esternón incluyendo el hombro opuesto. El intervenido está ubicado en decúbito lateral.
En cirugía toraco-abdominal y lateral, se contendrá en el rasurado la axila, además, del tórax, el abdomen, empezando por el cuello hasta llegar a la cresta ilíaca. Su extensión hasta la línea media, tanto posterior como anteriormente. El intervenido está ubicado en posición lateral.
En cirugía recto perineal y vaginal, la preparación contiene las áreas del pubis, los labios, la vulva, el periné y ano, además, de las áreas adyacentes, llegara también, a la cara interior del tercio superior de los dos muslos. El intervenido estará en la posición de litotomía.
En cirugía de cadera, El área de preparación contendrá, el abdomen del lado a intervenir, el muslo hasta la área de la rodilla incluyendo las nalgas hasta la línea de la mesa quirúrgica, además de la ingle y el pubis. El intervenido estará en la posición de litotomía/ginecológica.
En cirugía de rodillas y de la región distal de la pierna, el área o zona a preparar abarcará la circunferencia completa del miembro a intervenir y se extenderá a partir el pie hasta la región alta del muslo.
No debemos olvidarnos de que, en las cirugías de las manos y los pies, es imprescindible la total limpieza e higiene exhaustiva de las uñas.

5 Discusión-Conclusión

Con estas directrices y pautas alcanzamos a la conclusión y opinión de que en el rasurado de los intervenidos deben estar reflejadas para su consulta y cabe decir que actualizadas por lo menos anualmente por los cambios y modificaciones en los avances y estudios de investigación sobre la higiene y el rasurado en los quirófanos o intervenciones de urgencia y siempre deben estar disponibles para los profesionales de la salud que intervengan en el equipo de trabajo, para su consulta, actualización o estudio.
De la correcta puesta en practica de estas pautas descritas, la finalidad será la prevención de las infecciones nosocomiales derivadas de las cirugías, en las cuales es de vital importancia para los intervenidos en primer lugar y por supuesto para no alargar innecesariamente las estancias hospitalarias, ya que esto supondrá unas consecuencias nefastas a la hora de recuperación del afectado, además de la incurrencia en un alto gasto a los servicios de salud.

6 Bibliografía

1. http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html
2. Menéndez López V., Galán Llopis J.A., Elía López M., Carro Rubias C., Paz Cruz L. de, Royo García G. et al . Sobre la necesidad del rasurado de la región púbica en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía urológica endoscópica. Actas Urol Esp [Internet]. 2004 Dic [citado 2022 Ago 30] ; 28(10): 761-765. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004001000008&lng=es.
3. https://www.adams.es/foros/viewtopic.php?f=153&t=10324
4. Menéndez López V, Galán Llopis JA, Elía López M, Carro Rubias C, De Paz Cruz L, Royo García G et al. Sobre la necesidad del rasurado de la región púbica en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía urológica endoscópica. Actas Urol Esp. [Internet]. 2004. [citado 28 Feb 2020]; 28 (10). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004001000008
5. Asensio A. Formación médica continuada: infección nosocomial. fundamentos y actuación clínica. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2014. [citado 28 Feb 2020]; (1): 48–53. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-s0213005x13003376
6. Hemingway P, Allock N, Payne H. Eliminación del vello para reducir las infecciones de la zona quirúrgica. Best practice [Internet]. 2007. [citado 27 Feb 2020]; 11 (4): 1-4. Disponible en:
7. http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/recomendaciones/piel.html

Capítulo 426

EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES

EMILIA MORA TORRALBA

MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ

CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ

ANTONIA TORRES FLORES

JUAN TRUJILLO PINTADO

1 Introducción

Es de vital importancia realizar movilizaciones en las personas encamadas con el objeto de mejorar su estado de salud, tanto física como psicológica. Por este motivo existen técnicas y protocolos para la movilización y la realización de las posiciones más recomendadas, el profesional más preparado para la realización de estas técnicas es el Celador de Hospital.

Los cambios posturales son modificaciones y movilizaciones de la persona encamada, son movimientos que se realizan en la postura corporal del enfermo con la finalidad de asearle, curarle las heridas o evitar las famosas úlceras por presión que se desarrollan debido a la falta de movilidad.

Las personas, cuando están encamadas, cambian de posición para favorecer su bienestar en la cama evitando presiones en diversos lugares del cuerpo que hacen sentir incómodos.

Por el contrario existen enfermos que o bien no sienten esas presiones o que carecen de movilidad, su cuerpo no les permite realizar el movimiento adecuado, por este motivo debe de realizarlos otra persona por ellos.
Cuando pasa esto, cobra mucha importancia la labor del Celador de Hospital, ya que la falta de movilidad del encamado y las características de su piel, puede crear riesgos en la piel provocando problemas en ocasiones muy dolorosos como por ejemplo las úlceras por presión.
Es importante saber para los Celadores que todas las posturas deben tener estas características:

- En ningún caso deben obstaculizar la circulación ni la respiración.
- Los elementos que se usan para sujeción no deben estar muy apretados para evitar lo anterior y una acción fuerte sobre algún nervio que pueda causar pérdida de sensibilidad.
- La piel no debe ser presionada con mucha fuerza evitando rozaduras o pequeñas lesiones.
- En caso de realizar un procedimiento de movilización para lavar o curar al paciente, es importante tener un acceso óptimo por pate del personal sanitario.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador en las movilizaciones de los pacientes

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 a través de internet, seleccionando artículos recomendados de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

En todos los hospitales y centros sanitarios el Celador hospitalario va a tener que realizar trabajos de movilización a los pacientes por existir en muchos casos personas de avanzada edad o con patologías que les incapacita para moverse por ellos mismos.

Si bien las enfermeras y auxiliares de enfermería dispondrán el trabajo que ha de realizarse sobre el enfermo, siempre cuentan con la labor del Celador de Hospital, este profesional tiene diversas funciones, entre ellas auxiliará a las citado personal de enfermería para mover y trasladar a los enfermos encamados imposibilitados físicamente, con el objeto de que el personal de enfermería pueda realizar curas, lavados y hacer camas.
Los movimientos que deben realizar los Celadores los hacen en camillas, camas sillas de ruedas, etc., debiendo tener en cuenta algunas normas que debe llevar a cabo por el bienestar del paciente y de los trabajadores, generalmente suelen ser los siguientes:
- Antes de comenzar se deben adoptar medidas de higiene personales como colocarse guantes, y gafas y mascarillas si fuera necesario.
- Es muy importante que el lugar donde se ha de trabajar carezca de objetos que impidan o dificulten la buena realización de las técnicas de movilización.
- A continuación si el paciente se encuentra consciente y carece de enfermedades que le dificulten la comprensión, pedirle que colabore en la movilización, esto es importante para evitar que los profesionales tengan que hacer un sobresfuerzo, si no colaboran los movimientos los deben realizar dos personas coordinándose en esa técnica.
- No realizar los movimientos sobre el paciente si el personal de enfermería no se lo ordena.
- Intentar que el cuerpo del paciente se encuentre siempre tapado y colocar un biombo que le de intimidad si fuera preciso.
- Realizar la técnica de movimientos con mucha calma para evitar lesiones al paciente.
- En caso de enfermos con exceso de peso es aconsejable realizar las movilizaciones con ayuda de una grúa, empleo de sistemas mecánicos.
Las movilizaciones descritas junto a la trasferencia de pacientes o cambio de un paciente de un plano a otro como puede ser a la mesa de operaciones o de radiodiagnóstico con la máxima seguridad como consecuencia de existir pacientes con movilidad reducida, son las actividades más frecuentes del Celador en el ámbito de hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador a la hora de realizar movilizaciones a enfermos encamados es una labor fundamental de ayuda y apoyo del personal sanitario. Es el

encargado de movilizar a requerimiento de los sanitarios y trasladarles para la realización de pruebas de todo tipo en el hospital.
Es un profesional muy capacitado e importante para el enfermo como para los profesionales sanitarios. Su labor la desempeña con el máximo respeto de las normas a sabiendas de que es importante para la recuperación del enfermo.
El celador estará provisto de una gran capacidad de trabajo y compañerismo, puesto que debe responder ante un equipo multidisciplinar que en cualquier momento le pueden reclamar para que preste ayuda, debiendo responder con la mayor eficacia.

6 Bibliografía

https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-del-paciente.html
https://www.mutuabalear.es/verFichero.php?id=276

Capítulo 427

EL CELADOR ENCARAGADO DE ACCESO DE PUERTA

MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ

CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ

ANTONIA TORRES FLORES

JUAN TRUJILLO PINTADO

EMILIA MORA TORRALBA

1 Introducción

El Centro hospitalario, si bien es un lugar público y por consiguiente está permitido la entrada de visitantes, es muy importante que exista un control de entrada, ejecutando las instrucciones que desde la administración del centro se den a los Celadores en cuanto a horarios, aforos, limitaciones por pandemias, etc., los cuales son los responsables de realizar esta misión, siempre en contacto directo con los servicios de seguridad del centro, ya que la seguridad depende del grado de control del acceso al centro sanitario.

En los centros sanitarios, existen muchas unidades con un material sensible y muy valioso tanto económico como de información y de confidencialidad, bases de datos, etc., además existen taquillas donde los profesionales que allí trabajan guardan sus enseres personales durante la realización del servicio. Por ese motivo es tan importante el control de entrada, evitar que personas ajenas a la institución o no tengan ninguna relación con ella accedan sin motivo justificado. Además,

si desde la Dirección del centro se considera que se realicen controles selectivos a la salida, el Celador junto a los servicios de seguridad podrán realizarlos para evitar hurtos u otros delitos en los centros hospitalarios a visitantes, enfermos e incluso trabajadores.
El control de entrada del Celador es imprescindible, ya que las personas hospitalizadas pueden tener limitadas las visitas por su patología y por tanto se debe vigilar su acceso.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador encargado del acceso de puerta

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 a través de internet.

4 Resultados

Los Centros hospitalarios son establecimientos públicos o privados que se dedican a atender las enfermedades de las personas instituciones, por esto es muy importante el control de acceso del celador de puerta en dichas instituciones.
El celador en el servicio de control de puerta tiene encomendadas las siguientes funciones:
- Tendrá adjudicado su turno de servicio con el resto de compañeros destinados en esa Unidad.
- Prestará atención a las entradas de personal, impidiendo el paso a quién no cumpla con los requisitos dados por la dirección del centro.
- Una vez cerradas las puertas del centro hospitalario, realizará servicio nocturno tanto en el interior del centro como en el exterior cuidando que los accesos como las ventanas más accesibles se encuentren bien cerradas.
- Estará muy atento en que reine el orden y el silencio en todas las dependencias, principalmente donde se encuentren enfermos, para facilitar su descanso.
- Informará a su supervisor de los desperfectos que observe en cuanto a la limpieza y la adecuada conservación de las dependencias hospitalarias y anejas.

- Vigilará la entrada de familiares y visitantes de los pacientes según el criterio establecido por la dirección del hospital, impidiendo la entrada de material distinto a permitido.
- La vigilancia de la puerta a la institución debe ser constante, requiriendo de un relevo se tuviera que abandonarla por motivos justificados.
- Si existiera alguna circunstancia conflictiva entre visitantes, enfermos o trabajadores del hospital, requerirá inmediatamente la presencia del servicio de seguridad del hospital si existe, de lo contrario dará aviso a las fuerzas del orden para tomen las medidas oportunas y controlen la situación.

Algunas de las citadas obligaciones son genéricas para el resto de Unidades del hospital, otras son exclusivas para ese servicio.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el servicio de puerta de acceso, debe ser un profesional íntegro y conocedor de su misión tan importante principalmente en la seguridad de la institución, de su personal, pacientes y visitantes a los que debe el máximo respeto y consideración.

Su empatía, su correcta forma de preguntar y dirigirse a las personas que acceden al centro hospitalario debe ser su principal forma de actuación, mostrando una gran empatía, dando información en todo lo que le pregunten y sea de su competencia sin extralimitarse en calificaciones innecesarias.

El celador hospitalario es un profesional que cumple su misión perfectamente en el servicio de control de entrada en las puertas de acceso a los hospitales y requiere de una adecuada formación y don de gentes para llevar a cabo esta misión tan importante.

6 Bibliografía

https://enfermeria.top/apuntes/celador/tipos-de-celadores/
https://celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habitos-y.html

Capítulo 428

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

MARGARITA MANZANEDO ROBLES

AGUSTINA GARCIA GARCIA

ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA

ISABEL SANCHEZ JUAN

ARACELI SANCHEZ CALLEJAS

1 Introducción

En este trabajo se va a desarrollar las funciones que lleva a cabo el celador de planta en el centro sanitario. De este modo, para el desarrollo del mismo se ha tenido en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

El celador se enmarca dentro de la categoría de Personal de Gestión y Servicios, y como muy bien remarca el Estatuto, no Sanitario. No por este motivo la figura del celador deja de ser menos importante, al contrario, su presencia, en este caso que trata el capítulo, es importantísima para el buen desarrollo y funcionamiento de las plantas hospitalarias.

Es cierto que los celadores destinados en las unidades hospitalarias desarrollan unas funciones generales que se pueden enmarcar como comunes en todas ellas, aseos, movilización, traslado, colaboración, etc., pero hay otras funciones que se

realizan con más asiduidad en unas que en otras, dependiendo de la característica de la planta y de su especialización.
De este modo, por ejemplo, en los aseos de una planta de geriatría, por las características de sus pacientes, el celador colaborará en la movilización de casi todos ellos.
Otras en cambio, las algunas de las funciones quedan relegadas a un segundo plano, y ejercitadas solamente en casos puntuales, por ejemplo, la movilización en las unidades de pediatría, son escasas.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que desempeñan los celadores en la planta del centro sanitario.
-Profundizar en las labores del celador destinado en planta hospitalaria.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo

4 Resultados

Como se ha comentado en la introducción de este trabajo, se va a llevar a cabo el conocimiento de las funciones que desempeña el celador en la planta hospitalaria.
En la planta hospitalaria se precisa del aseo diario y cuidado de enfermos, cambios de pañal, etc. donde el celador es el personal no sanitario encargado de llevar a cabo dichas funciones.
El celador en planta es la persona encargada de realizar la movilización del paciente, así como de los cambios postulares que se precisen y aquellos que el personal facultativo y sanitario nos indique.
Los pacientes que mantienen la estancia en alguna de las plantas del centro sanitario, normalmente, precisan o requieren de la realización de diferentes pruebas que se encuentran fuera del área en la que se encuentran: radiologías, colonoscopias, quirófano, etc. En este caso, el celador de planta es quien realiza la mov-

ilización y traslado de estos pacientes a determinadas áreas. Esta movilización, en función de las patologías y enfermedades que presente el paciente, puede ser por diferentes medios como por ejemplo en camilla o silla de ruedas.
El celador de planta también es el encargado de llevar a cabo muestras sanitarias, análisis, recogida y distribución de informes de los pacientes que se encuentran en la planta…
Por otro lado, el celador de planta vela por que no se produzca una insuficiencia en ningún tipo de material sanitario que pueda ser requerido en cualquier momento por parte del personal facultativo para la intervención con los pacientes. En caso de producirse alguna escasez de material sanitario, el celador de planta acude al almacén para la reposición de material.
El celador de planta debe estar disponible en todo momento a través de un busca por si se requieren de sus funciones en cualquier momento.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el desarrollo de este trabajo, es importante destacar el papel de los celadores de planta en el centro sanitario, que, pese a que los celadores formar parte del personal no sanitario, las funciones, las labores y las acciones enmendadas son determinantes, permitiendo un correcto funcionamiento del centro sanitario.
Por tanto, se concluye la realización de este trabajo ensalzando el papel de los celadores, donde gracias al esfuerzo, dedicación, motivación y entusiasmo por el trabajo y labor que realizan, son un gran apoyo para el personal sanitario, que permite la agilización en la realización de tareas sanitaria

6 Bibliografía

1. Funciones de los celadores. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es
2. Los celadores de planta. Disponible en; https://revistamedica.com
3. Tipos de celadores: el celador de planta. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 429

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERIA

MARGARITA MANZANEDO ROBLES

AGUSTINA GARCIA GARCIA

ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA

ISABEL SANCHEZ JUAN

ARACELI SANCHEZ CALLEJAS

1 Introducción

El servicio de lencería de los centros sanitarios está destinado a todo lo concerniente con los términos de ropas, textiles, pijamas, uniformes, etc. Gestiona las ropas que se necesitan en las diferentes unidades hospitalarias, como sábanas, mantas, almohadas, entremetidas, pijamas de los enfermos, etc…, así como los uniformes que utilizan los profesionales sanitarios y no sanitarios.
Generalmente este servicio se ofrece desde los propios centros sanitarios, pero también pueden gestionarse por empresas externas a los mismos, mediante el sistema de concurso por convocatoria pública.
En este capítulo se describirá y se conocerá, el servicio de lencería que gestiona el propio hospital, cuya jefatura de servicio, suele encargarse también del servicio de limpieza y del servicio de cocina.
En el servicio de lencería se pueden encontrar profesionales, tales, como auxiliares administrativos, costureras, planchadoras, celadores y la jefa de la unidad,

la gobernanta, que como se ha dicho más arriba, también está al tanto de las limpiadoras y de los pinches y cocineros.
El celador en el servicio de lencería desarrolla una gran variedad de funciones, desde ser repartidor, reponedor, clasificador y dependiente, términos que aunque pueden sonar fuera de contexto, no lo están y que en el desarrollo de los resultados se comprenderán mejor.

2 Objetivos

-Describir y conocer el servicio de lencería de un centro sanitario.
-Conocer y explicar las funciones que el celador desarrolla en este servicio.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Como se ha dicho anteriormente, el celador destinado en el servicio de lencería, desarrolla una gran variedad de funciones.
-Funciones atendiendo al material textil que se necesitan en las unidades hospitalarias (sábanas, mantas, colchas, entremetidas, pijamas y otros).
El celador de lencería prepara los carros con la ropa necesaria que tienen asignadas las diversas unidades hospitalarias del centro. A primera hora de la mañana, reparte todos los carros, devolviendo al servicio los carros vacíos que previamente ha recogido.
Si el centro sanitario dispone del servicio de lavandería centralizada y no es una empresa externa la que realiza el mismo, ayuda a descargar los diversos carros con la ropa limpia y ayuda en la carga de los carros con la ropa sucia que vuelve a la lavandería.
El celador lleva un registro de todos los movimientos que realiza, señalando los días y la unidad donde reparte la ropa.

-Funciones en la entrega de uniformes y otras prendas al resto de profesionales.
El servicio de lencería ocupa un lugar físico dentro del centro hospitalario, generalmente suele estar ubicado en la planta 0 del mismo, y se estructura en estanterías y barras de colocación de perchas. Al mismo tiempo cuenta con un mostrador que delimita el acceso de los profesionales al interior del servicio.
El celador a la demanda de los distintos profesionales, entrega los uniformes pertinentes a los mismos, colocados en perchas y estanterías, que previamente ha clasificado por categorías, unidades de trabajo o números. Es decir cada profesional tiene un número de profesional que va grabado en su uniforme, junto al nombre y categoría profesional, llevando un registro de la cantidad de uniformes retirados y del profesional al que se le retira.
El celador cuando recibe los carros con los uniformes limpios, clasifica, coloca y ordena los mismos, atendiendo a los criterios mencionados, separando y dando cuenta a la gobernanta de las posibles anomalías que pudieran presentar, como manchas, roturas o botones descosidos, pasándolos a la zona del costurero para su reparación.
En caso de necesidad urgente de algún tipo de prenda, el celador las llevará a la mayor diligencia posible a la unidad peticionaria.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha señalado en el desarrollo del capítulo, el celador destinado en el servicio de lencería, desempeña una gran variedad de funciones y labores, desde ocuparse de las prendas hospitalarias, hasta de los uniformes de los profesionales que conforman el centro sanitario.
Hay que destacar que cada vez son menos los centros hospitalarios que gestionan propiamente el servicio de lencería, dejando este servicio a empresas externas que gestionan todo lo concerniente a cualquier tipo de prenda hospitalaria.
Esto lleva a la reflexión que la figura del celador, como personal de gestión y servicios y profesional estatutario, en este servicio es tendente a desaparecer, ya que las empresas externas coordinan su propia estructura de personal.

6 Bibliografía

1. El servicio de lavandería y lencería. Disponible en https://ingesa.sanidad.gob.es
2. La lavandería y la lencería en los centros sanitarios. Disponible en http://forjatalent.es

3. Funciones del celador en las distintas áreas. Disponible en http://www.auxiliar-enfermería.com

Capítulo 430

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL. GESTIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD

MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA

MARIA JOSE LABARRA PEREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ

YOLANDA LEGANÉS VIANA

AURORA LOPEZ LOPEZ

1 Introducción

EN ESTE CAPÍTULO DE DESARROLLARÁN LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL. AL LLEGAR EL PACIENTE AL CENTRO, POR LO GENERAL, SERÁ ATENDIDO EN EL ÁREA DE RECEPCIÓN POR UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO QUE SERÁ EL ENCARGADO DE LA ADMISIÓN Y RECOGIDA DE DATOS (NOMBRE, FECHA NACIMIENTO, GÉNERO, DOMICILIO, AFILIACIÓN, SÍNTOMAS, ETC) PARA UNA IDENTIFICACIÓN CORRECTA, SIEMPRE Y CUANDO LA GRAVEDAD LO PERMITA. SU OBJETIVO EN ESTOS SERVICIOS ES ORGANIZAR, GESTIONAR, PLANIFICAR Y PROGRAMAR LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, COMO DAR EL APOYO ADMINISTRATIVO NECESARIO.

URGENCIAS, UNA UNIDAD ASISTENCIAL QUE ESTÁ DETERMINADA A LA ATENCIÓN SANITARIA DE PACIENTES CUYO PROBLEMA ES DE DIVERSA ETIOLOGÍA Y CON UNA VARIABLE GRAVEDAD, CREANDO UNOS PROCESOS AGUDOS QUE SE CARACTERIZAN POR UNA NECESIDAD DE ATENCIÓN INMEDIATA, BAJO LA RESPONSABILIDAD DE UN MÉDICO QUE ES MÉDICO COORDINADOR DE URGENCIAS. DICHO SERVICIO TIENE UNA DISTRIBUCIÓN BASADA EN LA FUNCIONALIDAD Y OPERATIVIDAD.

EL SERVICIO DE URGENCIAS ES UN ÁREA DEL HOSPITAL Y TAMBIÉN DE LOS CENTROS DE SALUD. SU UBICACIÓN SUELE ESTAR PRÓXIMA A LA PUERTA DE ACCESO DE ÉSTOS, E INCLUSO EN OTRAS OCASIONES, TIENE SU PROPIA ENTRADA CLARAMENTE DIFERENCIA, ES UN ANEXO DEL HOSPITAL, DE MODO QUE FACILITA LA ENTRADA DE PACIENTES QUE PRECISAN DE INMEDIATA ATENCIÓN.

2 Objetivos

-EXPLICAR CUÁLES SON LAS RESPONSABILIDADES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DESDE QUE EL PACIENTE ENTRA EN CONTACTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS HASTA SU FINALIZACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO.
-EXPONER LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, COMO TAMBIÉN OTRAS.
-ESPECIFICAR LA CONFIDENCIALIDAD QUE DEBE TENER DICHO PERSONAL.
-FOMENTAR LA FORMACIÓN EN CURSOS ORIENTATIVOS Y ACTUALIZADOS EN LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS.

3 Metodología

PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE CAPÍTULO SE HA INICIADO UNA BÚSQUEDA CONSISTENTE EN UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE DICHO TEMA, EN LA CUAL ESTÁ CONTRASTADA CON LIBROS, MANUALES, REVISTAS, APUNTES, Y ARTÍCULOS QUE VIENEN REFERIDAS EN LAS DISTINTAS DE PÁGINAS WEB.

4 Resultados

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SU MARCO LEGAL ORDEN DE 28 DE MAYO DE 1984 POR LA QUE SE MODIFICAN CIERTOS 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, AUNQUE EN EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (LEY 55/2003 DE 16 DE DICIEMBRE) SE DEROGA ESA NORMATIVA, SU DISPOSICIÓN DEROGATORIA SEXTA INDICA QUE SE MANTENDRÁ VIGENTES, POR LO QUE ENTRE OTRAS, SE DETALLAN LAS SIGUIENTES FUNCIONES:
-REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTES.
-DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA ZONA DE TRIAJE PARA SU POSTERIOR CLASIFICACIÓN.
-LA CUSTODIA DE PERTENENCIAS EN CASOS EXCEPCIONALES O A SOLICITUD DEL PACIENTE.
-EL AVISO DE AMBULANCIAS.
-LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN OPORTUNA (PARTES DE JUZGADOS).
-LA GESTIÓN DE QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS.

POR OTRO LADO, EN EL TEMA DE FORMACIÓN, LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS DE SIMULACROS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA VARIEDAD DE POSIBLES SITUACIONES DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL, COMO TAMBIÉN ESTAR ACTUALIZADO Y SEA VERÍDICO EN SUS FUNCIONES Y CONOCIMIENTOS INFORMATIVOS QUE PUEDE MOSTRAR SOBRE OTROS SERVICIOS, COMO LOCALIZACIÓN DE SERVICIOS, HORARIOS...ETC.

POR ÚLTIMO, DEBEMOS MANTENER LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS Y LA CONFIDENCIALIDAD REFERENTE A LA INFORMACIÓN SANITARIA, YA QUE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ES EL ENCARGADO DE ARCHIVAR, CODIFICAR Y RESCATAR LAS HISTORIAS DE PACIENTES, AHÍ ES DONDE SE ENCUENTRA LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL DEL FACULTATIVO HACIA EL PACIENTE. TAMBIÉN SE DEBE DE TENER CONSTANCIA, QUE LA INFORMACIÓN Y LOS DATOS REFERENTES A USUARIOS O PACIENTES, ÚNICAMENTE PUEDEN SER EMPLEADOS CON OTROS FINES SI EL PACIENTE ES CONOCEDOR DE ESTE HECHO Y PRESTA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO

AL RESPECTO.

5 Discusión-Conclusión

ANALIZADA LAS FUNCIONES QUE SE HAN DETALLADO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE DE URGENCIAS, PODEMOS DETERMINAR QUE LA PRIMERA TOMA DE CONTACTO DEL PACIENTE CON EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ES MUY IMPORTANTE, POR LO QUE ÉSTE PERSONAL JUNTO CON EL RESTO DEL EQUIPO SANITARIO, DEBE TENER UNA CORRECTA FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL PÚBLICO Y TRATAMIENTO DE DATOS, DEBE SER EFICAZ, COORDINADO, CON PRECISIÓN, RESPETO, Y MOSTRAR EMPATÍA.

HAY QUE FORMAR AL PERSONAL Y DOTARLOS DE LOS MEDIOS SUFICIENTES PARA REALIZAR SUS FUNCIONES CORRECTAMENTE.

TAMBIÉN ES IMPORTANTE, LA REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN PARA VER QUÉ PUNTOS DEL SISTEMA PODER MEJORAR.

6 Bibliografía

1.https://www.google.es/search?q=el+administrativo+en+
urgencias&source=hp&ei=bx8FY7XcEIyK-AbpyarwBA&iflsig=
AJiK0e8AAAAAYwUtf4yvoNqbqbZBQ_o3jnKbIeaVoTBb&ved=
0ahUKEwj1z57Xzt35AhUMBd4KHemkCk4Q4dUDCAg&uact=
5&oq=el+administrativo+en+urgencias&gs_lcp=
Cgdnd3Mtd2l6EAMyBQghEKABOgsIABCABBCxAxCDAToFCAAQgAQ6CAgAELEDEIMBC
gws-wiz.
2.https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/#::
text=El%20objetivo%20del%20auxiliar%20administrativo,así%20como%20la%
20normativa%20vigente.
3.https://revistamedica.com/personal-administrativo-urgencias/.
4.http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0758.pdf.
5.https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-12108.
6.https://congresosicepa.com/marco-normativo-funciones-administrativo/.
7.https://www.google.com/searchclient=opera&q=que+confidencialidad+debe+
tener+el+auxiliar+administrativo+con+el+paciente&sourceid=opera&ie=UTF-
8&oe=UTF-8.

Capítulo 431

EL CELADOR CON UN PACIENTE CARDÍACO DESDE SU INGRESO HASTA SU ALTA HOSPITALARIA

ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA

1 Introducción

Un paciente cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son necesarias las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van utilizando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que mejoran el éxito de este tipo de operaciones, lo facilitar y en parte disminuyen el tiempo de recuperación de los pacientes.
En este capítulo vamos a ver de manera general el tratamiento realizado de un celador de un paciente cardíaco. No nos centraremos en pacientes en concreto ni en un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones

u otros tipos. Simplemente hablaremos de forma general de la labor del celador con un paciente de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el paciente desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del paciente por el hospital tanto en planta, en quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.
- Explicar de forma detallada el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, su paso por planta, durante la intervención así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del paciente en el hospital. Normalmente suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o alguna paciente de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del paciente ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria. Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de pacientes suelen realizarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado. A parte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que realizarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del paciente si se requiere así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.

El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano ira a planta a por el paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente por si no estuviera preparado para la realización de la intervención.
Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería el celador procederá a colocar la paciente en la mesa de quirófano y le pondrá brazales, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar. El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.
Durante la operación si hubiera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que realizar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).
Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder realizar las funciones que sean necesarias.
Normalmente al poco tiempo de estabilizar al paciente se le realizará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la realización de la prueba.
El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente.
Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá realizar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan.
Una vez en planta cada día y si el paciente lo necesita el celador deberá ayudar en el aseo del paciente así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.
Aparte de esto, lo normal es que estos pacientes sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.
Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del paciente el celador si hace falta acompañara hasta la salida al paciente o realizará este

trayecto en silla de ruedas si el paciente no es válido para andar por su propio pie.
De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario. En este capítulo sobre un paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en quirófano, UCI o los traslados para la realización de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

1. https://www.medijimar.com/realizar-cirugia-cardiovascular/
2. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular

Capítulo 432

CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES AISLADOS

ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA

1 Introducción

La Real Academia de la Lengua Española (RAE), define el término aislamiento como "acción y efecto de aislar". Por otro lado, en el manual de celador de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana se define como "el conjunto de procedimientos que, junto con otras medidas, se aplican a los pacientes que padecen una enfermedad transmisible (contagiosa) para evitar su transmisión.
En un aislamiento, la fuente de infección es separada del paciente susceptible de enfermar para evitar que pase el agente causante de la enfermedad.
El servicio de medicina preventiva será el encargado de establecer una serie de medidas o protocolos para cada tipo de aislamiento.
Estos aislamientos son llevados a cabo para la consecución de unos objetivos, entre ellos se encuentran:

• Disminuir el riesgo de infección, tanto para los pacientes como para el personal sanitario, familiares o visitantes. En esta reducción del riesgo se aplicará a los métodos de; aislamiento de barrera (aislamiento común) y aislamiento de barrera intensa (aislamiento protector).
• Reducir la incidencia de infecciones.
• Prevenir, controlar y actuar frente a brotes epidemiológicos.
• Mejorar la calidad asistencial hacia el paciente.
En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis de los diferentes aislamientos hospitalarios que el celador de hospitalización se puede encontrar en su planta.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de aislamientos hospitalarios por parte del celador en los centros hospitalarios y el procedimiento de ellos

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, hospitalización, aislamiento, enfermedades, objetivos.

4 Resultados

Dependiendo el tipo de mecanismo de transmisión de enfermedades que se tenga en cuenta, se pueden diferenciar hasta cinco tipos de aislamientos diferentes.
1. Aislamiento estricto.
Es aplicado sobre aquellos pacientes que se encuentran bajos de defensas, y cuando el agente es muy virulento al existir varias vías de transmisión.
Enfermedades: difteria, pénfigo del recien nacido, peste, quemaduras extensas e infectadas, infecciones graves de la piel, rabia, varicela, ébola…
2. Aislamiento protector, inverso o de barrera inversa.
Es aplicado sobre aquellos pacientes que hayan sido trasplantados, sean susceptibles de sufrir una infección al estar inmunodeprimidos… De esta manera, el per-

sonal que se encuentre en contacto con este paciente no debe presentar ninguna situación infecciosa.
Enfermedades: dermatitis extremas pero no infectadas, pacientes trasplantados o inmunodeprimidos, linfomas, quemaduras extensas, niños prematuros, leucemias…
3. Aislamiento respiratorio.
Es aplicado sobre aquellos pacientes que presentan algún tipo de enfermedad que pueda ser transmitida por vía aérea.
Enfermedades: neumonía, tos ferina, parotiditis, tuberculosis pulmosar, rubeola, neumonía, infección meningocócica…
4. Aislamiento entérico o precauciones entéricas.
Es aplicado sobre aquellos pacientes que se encuentren afectados por enfermedades cuya transmisión son las heces, ya sea por encontrarse en contacto directo o por contacto indirecto.
Enfermedades: cólera, meningitis, salmonelosis, fiebre tifoidea, gastroenteritis (por coli), hepatitis A y B.
5. Aislamiento cutáneo-mucoso.
Es aplicado sobre aquellos pacientes que sufren enfermedades infecciosas que son transmitidas por contacto directo a través de heridas y quemaduras infectadas, secreciones purulentas…
Enfermedades: quemaduras, heridas extremadamente infectadas, abscesos, sarna, impétigo, candidiasis cutánea…
6. Aislamiento domiciliario.
A pesar de no ser un aislamiento hospitalario, se hace una pequeña referencia de este tipo de aislamiento existente.
El aislamiento domiciliario es el que se produce en la casa del enfermo. Éste debe acondicionar una habitación en su casa donde pase el aislamiento en solitario. Del mismo modo, el paciente debe disponer de equipos de protección individuales, al igual que de un sistema correcto y controlado de recogida y desechos de residuos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran que durante la realización de nuestras funciones como celadores en los servicios de hospitalización (plantas, quirófano, urgencias, unidad de cuidados intensivos), tendremos que hacer frente a un amplio número de enfermedades infecciosas.
Por ello, el celador, al igual que el resto del personal sanitario, deberá conocer cada uno de ellos para tomar las medidas preventivas pertinentes.

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, existen cinco tipos de aislamientos hospitalarios, más el aislamiento domiciliario. Estos aislamientos son aplicados dependiendo del tipo de enfermedad que sufra el paciente, para de esta manera evitar su propagación. Estos aislamientos son: estricto o directo, protector o inverso, respiratorio, entérico y cutáneo-mucoso.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018
2. PARDO, A. PULIDO, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010.
3. www.rae.es

Capítulo 433

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA

1 Introducción

La primera función que viene recogida en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, establece que el celador debe:

• Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos u objetos que les sean confiados por sus superiores. Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se les indique.

Por ello, una de las funciones de los celadores (cabe decir, que no es función de los celadores en todos los centros hospitalarios), es el traslado de muestras biológicas a los correspondientes laboratorios, ya sea al laboratorio de rutinas, de microbiología, de hematología, al servicio de PCR…

La Real Academia de la Lengua Española (RAE), define el término muestra en su segunda acepción como "Parte o porción extraída de un conjunto por métodos que permiten considerarla como representativa de él".

Por otro lado, define el término biológico como "perteneciente o relativo a la biología".
El celador siempre deberá trasladar dichas muestras en unas condiciones adecuadas (dependiendo del tipo de muestra serán unas u otras), y dichas muestras deben ir adjuntas a los volantes de petición o a las hojas de solicitud.
En este capitulo se llevará a cabo una breve síntesis de la conservación de estas muestras biológicas y su transporte.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer el método utilizado para el traslado correcto de muestras biológicas.
Objetivos secundarios:
- Exponer las definiciones de muestra y biológico, establecido por la Real Academia de la Lengua Española.
- Describir la conservación de las muestras biológicas.
- Explicar el transporte de las muestras biológicas.

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, traslado, muestras, biológicas, conservación, transporte.

4 Resultados

Para estar frente a una muestra apta, es necesario que su traslado al laboratorio pertinente sea en un período inferior a una hora desde el momento de su obtención. Si no fuese posible su traslado en el período de tiempo recomendado, estas deberán mantenerse a unas temperaturas de entre 4 y 6 grados. Aunque tanto el tiempo como la temperatura dependerá de la muestra biológica y de sus caracteristicas.
• Muestra de orina y urocultivo.
La orina de 12 o 24 horas como la de una sola micción, deberá conservarse a 4 º

C, siendo idóneo ser analizada en las dos horas posteriores a su obtención.
Cuando es necesario un urocultivo, la orina podrá ser refrigerada hasta 24h, afectando a sus características y condiciones cuando el tiempo es superado.
• Muestra de sangre.
Al igual que la muestra de orina, la muestra de sangre deberá realizarse antes de las dos horas posteriores a su obtención. La conservación idónea es a 18-25ºC de temperatura.
Cuando la muestra es plasma o suero, se deberá mantener a 4-6ºC. Si se desea congelar estas muestras, deberá realizarse a – 18ºC.
• Muestra de heces (coprocultivo).
Conservadas a 4-6ºC,siempre que no sean analizadas la media hora posterior a su obtención.
• Muestra de esputos.
Pudiendo ser conservadas durante 2 o 3 horas posteriores a la obtención de la muestra, siempre que se encuentre a 4 -6 ºC.
• Muestra de líquido cefalorraquídeo.
Esta muestra deberá analizarse inmediatamente, ya que en la mayoría de las ocasiones es para descartar una posible meningitis. Si no fuera este el motivo, ser podrá conserva a temperatura ambiente o a 37ºC.
• Muestra de exudados.
La muestra de exudados deberá analizarse inmediatamente o en las 2 o 3 horas posteriores de su obtención, siempre que estas se encuentren a 4- 6 ºC.
• Muestra de contenido gástrico.
Mantener a temperatura ambiente, aunque su análisis deberá realizarse de inmediato para descartar posibles tuberculosis.
• Muestra de líquido seminal.
Mantener a temperatura ambiente y analizarla en las dos horas siguientes a su obtención.
• Muestra de piel, uñas y pelo.
Pueden ser conservadas a temperatura ambiente durante varios días.
• Muestra de gasometría arterial.
Debiendo ser su traslado inmediato al laboratorio ya que sus valores son alterados de manera veloz.
Transporte de las muestras biológicas.
El transporte dependerá de las características de dichas muestras y de la organización de cada hospital, junto al laboratorio.
Es muy importante que el personal encargado del traslado posea los conocimientos suficientes sobre la materia, para no contaminar las muestras o para que no

se echen a perder.
El personal encargado, en este caso el celador, deberá cumplir los siguientes objetivos:
• Identificar las muestras biológicas.
• Asegurar que la muestra lleva su volante de petición.
• Mantener la integridad de las muestras.
• Realizar el transporte en la mayor brevedad posible.
• Cumplir las normas de seguridad y condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos presentan la gran variedad de muestras biológicas que son susceptibles de ser analizadas, descartando o asegurando múltiples diagnósticos clínicos. Las muestras biológicas que son analizas en los diferentes laboratorios de los centros hospitalarios son: orina, heces, esputos, semen, líquido cefalorraquídeo, gasometría arterial, uñas, pelo, piel, contenido gástrico, sangre…
Por otro lado y como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, el celador encargado del transporte de estas muestras, deberá poseer unas conocimientos básicos sobre el tipo de muestras que trasladará, y la conservación que debe mantener durante su traslado. Siendo muy importante este conocimiento para no contaminar ninguna muestra.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018
2. PARDO, A. PULIDO, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010

Capítulo 434

COCINERO EN LA COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ

JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS

DANIEL HERVÁS RUIZ

PEDRO ROMERO PRADOS

MARTA RODENAS PARRA

1 Introducción

La nutrición hospitalaria es la más compleja de la alimentación de colectividades. Esto se debe a numerosos factores, entre otros: interactúan distintos servicios (médicos, enfermería, nutrición, compras, cocina, mantenimiento, etc.), los menús a los pacientes deben ser personalizados, deben ser entregados todos a la misma hora, están compuestos por numerosas dietas específicas, frecuentemente desconocemos quien va a ser el comensal al día siguiente, se producen frecuentes cambios dietéticos que responden a las necesidades terapéuticas.
La cocina de un medio hospitalario, se compone de:
- Dietista / Nutricionista: Que se encargará de realizar los tipos de dietas, y se destinarán a la patología y enfermedad del paciente, como por ejemplo: Si un paciente tiene hipertensión, la dieta que deberá realizarle es una dieta sin sodios.
- Cocineros/cocineras: Son los encargados de elaborar el menú, conociendo las técnicas de tiempos, cocción y realización de las comidas en la cocina.

- Pinches de cocina / ayudantes de cocina: A pesar de lo que mucha gente pueda creer sobre sus funciones, son los encargados de cortar, pelar, emplatar, distribuir las bandejas de la comida en las diferentes plantas y unidades, etc. Por lo que su presencia es fundamental, ya que su función principal y la que engloba todas las demás es la organización, atención y ayuda en la cocina del hospital.

A continuación, hablaremos de las funciones principales del pinche de cocina y de su importancia.

La finalidad de este capítulo, es la de acercar un poco más al lector a comprender la figura del ayudante y conocer su trabajo.

2 Objetivos

- Comprender las funciones principales del pinche de cocina en el medio hospitalario.
- Identificar la importancia del pinche de cocina en el medio hospitalario.

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

Es hora de explicar por qué es tan importante la figura del ayudante de cocina en el medio hospitalario, describiendo sus funciones más fundamentales, así como el conocimiento ante las diferentes técnicas a realizar:

- Cortar: ciertos alimentos como verduras, hortalizas, carnes, pescados, etc. Para que el alimento pueda ser bien cocinado por el chef, y el paciente pueda comer sin atragamientos o dificultades, el auxiliar de cocina deberá trocear el alimento de una manera adecuada, de una forma limpia y manteniendo las condiciones de higiene necesarias. También, debemos pensar en la presentación del plato, el cocinero o cocinera nos explicará que tipo de corte desea para la elaboración, por ejemplo: las patatas pueden cortarse en “juliana”, “panaderas”, etc.

- Pelar: ciertos alimentos como verduras, hortalizas, carnes, pescados, etc. Esta maniobra es primordial, debemos asegurarnos que retiramos la piel innecesaria de ciertas comidas como el pescado, las patatas, etc. Así, ofreceremos una buena higiene y daremos un aspecto cuidado al alimento.
- Control del tiempo: Cuando hablamos del control del tiempo, nos referimos al control de un alimento cuando se cocina, el chef atribuirá si es necesario al ayudante de cocina, estar atento, para que el plato quede perfectamente cocinado y no se encuentre chamuscado o poco hecho.
- Elaboración de los platos: Como bien sabemos, muchas veces comemos con la vista, y de eso se trata este apartado, de la elaboración, de una buena presentación y la comprobación de que todo se encuentra en correctas condiciones.
- Limpieza y mantenimiento de la cocina: La cocina de un hospital debe estar en unas condiciones de higiene muy altas, al fin y al cabo, los comensales son pacientes y una mala higiene podría contener bacterias que empeoren el estado clínico de este.
- Control de los alimentos almacenados: El pinche de cocina, debe ubicar de una manera ordenada los alimentos para velar por una organización en la cocina, así se asegurará un tiempo mínimo a la hora de buscar un alimento o producto.
- Higiene del material: Cada vez que es usado, es correcto el mantenimiento de la higiene de cada material usado, así evitaremos, en el caso de estar contaminado, que se traspase a otros alimentos.
- Distribución de las bandejas de comida por las plantas y unidades: El ayudante de cocina, será el encargado de distribuir las bandejas por los diferentes servicios, ayudando a los Técnicos En Cuidados Auxiliares de Enfermería, proporcionando las bandejas y asegurándonos de que corresponden con la habitación.
- Higiene de los diferentes utensilios y bandejas: Aquí, hablamos de que una vez hayan terminado las comidas, el pinche debe colocar objetos como platos, chuchillos, cucharas, vasos, etc. Y las bandejas en un lavavajillas especial, que mantenga la higiene y elimine todos los microorganismos existentes.
- Distribución de agua, zumos, yogures: A pesar de que en una planta hospitalaria tienen unos horarios para las diferentes comidas del día, los pacientes pueden necesitar a deshora un yogurt porque comience con tolerancias, un zumo por ser diabético, o una tila porque se encuentren nerviosos. Así, como la necesidad de agua. El pinche de cocina distribuirá estos productos por las plantas, conforme lo que se haya estipulado en la planta.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar, los pinches de cocina desempeñan unas funciones vitales para el servicio culinario de un hospital.
Gracias a sus cometidos, existe un orden, limpieza y hacen posible la llegada de los alimentos a los diferentes servicios del ámbito hospitalario.
Todo esto es favorecedor para la cocina, el quipo sanitario y los pacientes.
Los pinches de cocina deben conocer todas las técnicas de almacenaje, de conservación de alimentos, temperaturas en las que se debe cocinar un alimento, protocolos de actuación en pacientes aislados, la preparación de los platos y su debida presentación.
Todo esto, forma parte de la ayuda a que el paciente se encuentre cómodo durante su estancia en el hospital, ya que la comida es una necesidad básica y debe ser y es una de las cosas más importantes en el edificio, y por lo tanto, los ayudantes de cocina lo son.

6 Bibliografía

https://blog.editorialcep.com/sanidad/funciones-pinche/

Capítulo 435

DESCRIPCIÓN DE LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA POR EL COCINERO HOSPITALARIO

MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ

JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS

DANIEL HERVÁS RUIZ

PEDRO ROMERO PRADOS

MARTA RODENAS PARRA

1 Introducción

En la sociedad actual nos encontramos con, un gran número y una gran incidencia de casos de personas que padecen y que tienen diagnosticada la intolerancia a la lactosa, aunque, por todos es sabido y que somos conocedores y que es cierto la gran incidencia en producción y existencia de una gran variedad de alimentos y productos con derivación de la leche de vaca sin lactosa, debemos tener en consideración y muy en cuenta por la salud de la existencia de productos lácteos que podemos encontrarnos de origen vegetal.
Las leches consideradas vegetales, para su producción y fabricación vendrán realizadas a partir de un origen vegetal, como pueden ser los cereales, las legumbres , los frutos se cos o las semillas , estos para su obtención se mezclarán con agua y, dependiendo de qué y en que ocasiones, con otros diferentes ingredientes para

poder llegar a conseguir una gran mejoría en el sabor y sobre todo en el valor nutricional. Es importante y realmente un tema relevante en nuestra actual sociedad , por alta prevalencia e incidencia social, de los casos que se diagnostican, sin contar los que todavía no fueron diagnosticados , Este será nuestro principal objetivo en cuanto al desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Describir e indicar las alternativas a la leche de origen animal y sus ventajas por parte del cocinero de las cocinas hospitalarias

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

Las personas que son intolerantes a la lactosa , por lo que este proceso o patologia ocurre es porque en su intestino delgado no se realiza correctamente la producción de la enzima de la lactasa , o la tienen en muy escasa o nula cantidad, esto deriva en que no pueden proceder a la digestión de la leche común que, las demás personas que no son intolerantes consumen habitualmente.
La leche sin lactosa es una forma de leche que las personas intolerantes a la lactosa si pueden asimilar por su organismo ocurre a que en la industria de la alimentación se introduce la lactasa en la leche, de manera que la separación en las dos moléculas se realiza en la leche y no en el intestino de la persona intolerante.
El resultado va a ser una leche sin lactosa que las personas que son intolerantes a la lactosa sí verán posible y sin molestias derivadas de la intolerancia podrán llegar a ser digeridas por su organismo. Sin embargo, existen otras opciones, a lo anterior referido, actualmente en el mercado de la alimentación, tienen a su disposición también, la existencia de una amplia gama y variedad de leches de

origen vegetal que los van a aportar los nutri- entes requeridos y necesarios, entre ellos nos podemos encontrar y pueden ser la leche de soja, la leche de avena, la leche de arroz , la leche de coco , la leche de nueces , la leche de quinoa , la leche de almendras , entre muchas otras y entre muchos otros productos que no contienen la lactosa. Esta variedad de leches además de estar enriquecidas , con vitaminas y calcio, son un adecuado y sustituto idóneo a la leche de origen animal como es la de la leche de vaca o la de cabra.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición general y básica en este artículo de la intolerancia a la lactosa, debemos destacar la existencia de los vegetales en formato bebible son una idónea opción para las personas intolerantes a la lactosa que ellos elijan consumir este tipo de bebidas y no estén dispuestos o no puedan beber leches de origen animal debido a alergias o intolerancias a la lactosa y por supuesto a lo que les va a producir en referencia a las consecuencias negativas para su organismo. Para estas personas intolerantes, el mercado de la alimentación, les oferta una amplia gama y variedad de bebidas con base en frutos secos, leguminosas , cereales, incluso, frutas (como el coco).

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/.
2. https://www.scielo.org/es/.
3. www.eluniversal.com
www.saludalosaludable.com.
4. www.avogel.es
www.elmundo.es.
5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

Capítulo 436

EL COCINERO EN EL EMPLATADO, TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN DE LOS ALIMENTOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ

JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS

DANIEL HERVÁS RUIZ

PEDRO ROMERO PRADOS

MARTA RODENAS PARRA

1 Introducción

Según la RAE (Real Academia Española) dictamina que emplatado es: "Colocar la comida en el plato de cada comensal antes de presentarlo en la mesa". En este caso, lo enfocaremos al medio hospitalario, y podemos definir emplatar como la forma de presentar y colocar los alimentos en cada plato, así como la colocación de estos platos dentro de las bandejas donde serán transportadas a las diferentes plantas y unidades del hospital.
El transporte de estas bandejas que contienen los alimentos que van a consumir los pacientes, se refiere al método de ayuda para ello y los sitios que debe recorrer hasta llegar a su objetivo.

Y, por último, la distribución es el momento donde el pinche facilita al personal sanitario dichas bandejas para hacérselo llegar a los pacientes.
Es el pinche el que realiza estos tres procedimientos, por lo que debe conocer bien las técnicas de un buen emplatado, transporte y distribución.
También, ante el emplatado debe predominar una buena presentación, al igual que todos los utensilios deben encontrarse perfectamente limpios.
Y, cabe destacar, que el pinche conocerá todas las medidas correspondientes de higiene, así protegeremos al paciente y al equipo de cocina y sanitarios que forman el medio hospitalario.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del pinche de cocina sobre el emplatado, transporte y distribución de los alimentos en el medio hospitalario.
- Conocer la importancia del ayudante de cocina en este tipo de procedimientos.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. EMPLATADO:
Normalmente, las bandejas que se encuentran en el medio hospitalario constan de diferentes compartimentos o hendiduras, en las que se colocarán los platos:
- Dos redondos: Los más grandes. Se encuentran a los laterales de la bandeja, en uno se colocará el primer plato (suelen ser cremas, sopas, etc.) y en el otro el segundo plato, que pueden ser desde guisos o estofados, arroz con filete de ternera, patata cocida con un muslo de pollo, etc. Cabe destacar, que cada plato se encontrará bien presentado.
- Una hendidura estrecha: Se suele encontrar entre los dos huecos redondos, ahí, se colocan la cuchara, tenedor y cuchillo rodeados correctamente en una servilleta.

- Dos hendiduras rectangulares: En la parte superior de la bandeja. En una suele colocarse el poster (desde un yogurt, hasta una tarrina de frutas, etc.) y en la otra, puede colocarse una botella de agua pequeña, por ejemplo.

Las bandejas que se usan en el medio hospitalario son isotérmicas, estas bandejas mantienen la temperatura del alimento, para asegurar que los alimentos llegan calientes a los pacientes.

2. TRANSPORTE:

El transporte se hará con ayuda de un carro con compartimentos, suele ser de metal, está constituido por ruedas que permiten fácilmente su movilidad.

El pinche de cocina deberá de colocar las bandejas ya montadas con los alimentos en las hendiduras del carro de metal, para su posterior transporte. La colocación de las bandejas de comida sigue un orden de habitaciones, respetando el orden y así evitar equivocaciones.

El transporte suele ser desde la propia cocina hasta las plantas o unidades, mediante un ascensor exclusivo para su transporte, que comunica la cocina con los demás servicios, así evitaremos posibles contaminaciones en los alimentos.

3. DISTRIBUCIÓN:

El pinche de cocina, no es el encargado de darle personalmente las bandejas a los pacientes, pero si debe facilitarles a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería las bandejas, recorriendo con ellos o ellas el pasillo habitación por habitación, prestando atención de que no haya equivocaciones y así asegurar una correcta llegada de su dieta al hospitalizado.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del pinche de cocina en este tipo de procedimientos es palpable, ya que gracias a sus conocimientos, protocolos y procedimientos, las dietas elaboradas llegan al paciente, y por supuesto, satisfacen una de sus necesidades más importantes como es comer.

Los conocimientos y medidas de higiene que llevan a cabo los ayudantes de cocina aseguran una correcta llegada de las bandejas a sus destinatarios.

Si los pinches de cocina no conocieran los protocolos, afectaría a los tiempos establecidos para cumplir con los objetivos, no se cumplirían las medidas de higiene y podría causar estragos a nivel de salud y económicos.

6 Bibliografía

https://www.navarra.es/documents/48192/6752503/Tema%204%20%20COCINA.

pdf/148917c5-8f6e-5098-dce2-d5a30c26

Capítulo 437

COMPROMISO DEL PERSONAL SANITARIO CON LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

El compromiso del personal sanitario con los pacientes es fundamental en el sistema de salud y en atención primaria aun mas por ser la puerta de entrada al sistema sanitario.
Se gun diversos estudios ,una atención por parte de los sanitarios de calidad en atención primaria deriva en mejores índices de salud y un sistema sanitario mucho mas efectivo.
Es importante que el profesional humanice su trabajo:el trato amable , escuchar ,ser asertivos ,acompañar ,comprometerse, socializar ,etc. .todos estos actos influyen de forma muy positiva sobre la salud del paciente.
Esta humanización debe implicar tanto a los profesionales sanitarios como a los mismos pacientes ,pero también a sus familiares e incluso a las instituciones donde se desarrollan estas actividades.
Hay que tener en cuenta que un paciente insatisfecho esta directamente relacionado con un aumento de peticiones de pruebas complementarias, con una ineficiencia de los tratamientos recibidos y una sobrecarga de trabajo que deriva en sobrecoste a la atención primaria.
Sin embargo ,un paciente que tenga una percepción, del trato que ha recibido, positiva, cumplirá mejor con las recomendaciones de su medico, tomando unas decisiones afines a el ,sobre los tratamientos y mostrara un comportamiento

asertivo y condescendiente agilizando los resultados ,ahorrando tiempo y sobrecostes a la sanidad publica.
La satisfacción de los pacientes esta directamente relacionada con el comportamiento de los médicos y enfermeros y demás profesionales, por encima de los resultados clínicos ,la demora en las citas ,las listas de espera etc..de ahí la importancia del compromiso de los profesionales .

2 Objetivos

- Conocer la repercusión de la actitud de los profesionales sanitarios hacia el paciente.
- Destacar la valoración de los pacientes ante el compromiso del profesional sanitario.

3 Metodología

-Para el desarrollo de este trabajo se realiza una revisión de la literatura científica en paginas como google académico, scielo y Pubmed y otras.
-Se han utilizado para la búsqueda en google palabras como compromiso, personal sanitario ,valoración ,humanización ,atención primaria, sobrecoste ,etc..

4 Resultados

El compromiso organizativo y humano que los profesionales sanitarios de atención primaria dediquen a sus pacientes ,influenciara de manera positiva en la satisfacion que estos tengan de ese centro de salud.
El elevado cupo de pacientes que cada profesional tiene en su cartera, hace que no se les pueda dedicar el tiempo necesario para una atención plena y un seguimiento completo .
Esto hace que el paciente se sienta insatisfecho por una escasa atención del profesional,creando dudas de su diagnostico,dudando de la validez del tratamiento,generando muchas dudas y malestar ,aumentando negativamente la valoración de ese centro de salud.
El tiempo de espera por parte de los pacientes está relacionado de manera negativa con su satisfacción.
Según las entrevistas, los que más lo hacen son los más preferidos y los que tienen más pacientes.

Los profesionales que mas tiempo dedican a sus pacientes ,que mas humanizan su trabajo y que empatizan con estos , son los mejor valorados.
Tambien es verdad que mas tiempo con cada paciente implicaría menos paciente por profesional, lo cual es un indicativo inequívoco de que hacen falta profesionales en atención primaria para no deshumanizar los servicios y mejorar la satisfacion de las personas que a ella acuden.
Es importante reclamar a las diferentes administraciones sanitarias que prioricen las medidas encaminadas a reforzar el nivel asistencial en cada uno de los centros de salud, ya que se encuentran muy debilitados y como consecuencia infravalorados,por los continuos recortes sobre todo de personal .
Hay una notable falta de plantilla sobre todo médicos-as ,enfermeras-os que propicia no poder ofrecer la atención y cuidados necesarios en condiciones de calidad por la sobrecarga de trabajo también evidenciada por las nuevas enfermedades a las que nos estamos enfrentando.

5 Discusión-Conclusión

La satisfacion que tienen las personas que acuden a un centro de salud de atención primaria, guarda una estrecha relación con la atención prestada por los profesionales sanitarios que los atienden.
En los centros donde sus profesionales están comprometidos con su trabajo y con sus pacientes y se involucran mas en el seguimiento de sus patologías ,son considerados centros con una mayor calidad de los servicios, ya que tienen como resultado un menor tiempo de espera en los resultados , una menor petición de pruebas complementarias, por la confianza que genera el profesional, un mayor compromiso del paciente a realizar el tramiento pautado ,con el resultado positivo a ese tratamiento y evitando futuras consultas por la misma patología ,en definita un menor gasto publico y una mayor satisfaccion .

6 Bibliografía

1- A. Martín Zurro, G. Jodar Solá
Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria: Medifam

2- C. Massip Pérez, R.M. Ortiz Reyes, M.D. Llantá Abreu, M. Peña Fortes, I. Infante Ochoa
La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad
3- J.J. Mira, J. Aranaz

La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria

Capítulo 438

CONDUCTAS AGRESIVAS HACIA EL PERSONAL SANITARIO. AGRESIONES VERBALES, FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS

JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

-La violencia en el trabajo hacia los sanitarios,tanto física como psicológica aumenta cada año evidenciando un problema con una difícil solución.
Aun hay cantidad de sucesos que no se registran y no se denuncian pero que suceden diariamente.
Aunque en su mayoría son agresiones verbales como insultos,amenazas,voces,intentos de intimidación,faltas de respeto y desacreditación,no en pocas ocasiones llegan a el contacto físico,como empujones,tirones de pelo,puñetazos,lanzamiento de materiales ,etc..
Este continuo asedio a los profesionales influye de lleno en su vida , tanto laboral como personal,causando numerosos episodios de ansiedad,estrés, apatía,falta de motivación incluso un descenso de rendimiento laboral que puede acabar en una baja laboral por distintos motivos.
Aunque se anima a los profesionales a acudir a las consejerías de sanidad ,ya que estas cuentan con servicios jurídicos a su disposición,una gran mayoría de estos profesionales no denuncia por diversas razones como miedo,desconocimiento de estos servicios o en muchos casos por tenerlo ya asociado como algo normal a su trabajo, con el consiguiente peligro que conlleva normalizarlo.
Existen estudios en los que se vuelcan datos e informes que recogen la prevalencia de las agresiones,tanto a quien va dirigidas,el lugar de mayor notificación de estas etc...

Desglosando estos estudios nos indica entre otras cosas que las mujeres son el colectivo de profeionales que mas agresiones recibe en su puesto de trabajo evidenciando un problema de violencia de genero y machismo.
Este estudio también refleja que es la atención primaria la que registra mas agresiones a sus profesionales seguido de la urgencia ,todo ello en el ámbito publico.
Al final,todos estos problemas desencadenan una falta de compromiso por parte del personal sanitario,una atención defectuosa ,un mayor gasto al estado en materia de bajas laborales,medicamentos y tratamientos, lo cual hace necesario que se aborde un problema que no parece tener fin.

2 Objetivos

-Evidenciar la situación a la que están sometidos los profesionales sanitarios en su dia a dia.
-Dar a conocer las consecuencias directas que conlleva esa situación.
-Evaluar los planes de actuación enfocados a reducirlos.

3 Metodología

-Se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva de la información publicada desde 2011 hasta la actualidad, online, sobre las agresiones a personal sanitario en su entorno laboral.
- La búsqueda se realizó utilizando los términos:agresiones a sanitarios,el paciente en urgencias,estrés en el entorno hospitalario, en las bases de datos de Scielo, Pubmed y Google Academico.

4 Resultados

En cuanto al tipo de agresiones sufridas, se descubre que las agresiones verbales son las que más ocurren.Los profesionales sanitarios se sienten intimidados,humillados,impotentes ante la falta de respeto diaria a la que son sometidos.
Los profesionales están tan acostumbrados a las agresiones verbales que llegan a normalizarlas.
En vez de denunciar tales actitudes, muchos afirman dejar anotado el incidente en la historia clínica del paciente para que quede constancia por si en un futuro vuelve a ocurrir un altercado similar o para prevenir a otros compañeros y deciden para evitar problemas añadidos o por desconocimiento, no ir mas alla.

Aunque puede ser que los profesionales hayan normalizado las conductas violentas y las asuman como otra parte de la labor profesional, algunos sanitarios señalan que entre los motivos de no denunciar se encuentra las dudas sobre la confidencialidad de la denuncia, el evitar complicaciones de tramitación de documentación, riesgo de perder días de trabajo, repercusiones o represalias del propio agresor.
Es el caso de las agresiones verbales, el desconocimiento por parte del profesional de que estos hechos en sí mismos son denunciables también es un hecho recogido.El simple insulto o el hecho de que duden de tu trabajo y profesionalidad y te griten o corrijan ya es considerado agresión.
Muchos de estos motivos están relacionados directamente con la percepción de la falta de apoyo por parte de la Administración.
El aumento de trabajo hace que los profesionales no puedan dedicar todo el tiempo necesario con cada paciente o a cada tarea,también hace que los tiempos de espera aumenten incluso teniendo que dejarlos para otros días lo cual hace que los pacientes se sientan engañados y defraudados en el trato y focalicen su enfado con los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de las agresiones a los profesionales sanitarios es una realidad reafirmada por numerosos estudios que se hacen al respecto.
Es imprescindible implantar protocolos eficaces de actuación ante estas situaciones, para que, entre otras cosas, los profesionales se sientan arropados y cuidados por parte de la administración.

Que un alto porcentaje de agredidos no haya interpuesto denuncia es un dato altamente preocupante y inequivoco de que algo no funciona en el sistema.
Ante la falta de protección que sienten los profesionales en tales situaciones podría ser recomendable algunas medidas como la presencia de guardias de seguridad, puesto que en muchas ocasiones las fuerzas del orden llegan al lugar de los hechos cuando estos ya se han producido.
El apoyo de la administracion y la imposición de penas más duras, a los agresores ,ademas de la búsqueda de mas soluciones como la necesaria contratación de personal laboral, resulta necesario para seguir avanzando en la prevención y el control de las agresiones en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1- IA Mayorca Yancán , S. Lucena García , ME Cortés Martínez , MA Lucerna Méndez
Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?

2- MI Serrano Vicente , MT Fernández Rodrigo , PJ Satústegui Dordá , F. Urcola Pardo
Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática

3- C. Vidal-Martí , C. Pérez-Testor
Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España

Capítulo 439

LA PROBLEMÁTICA DE LOS TURNOS EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ

MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA

MARIA JOSE LABARRA PEREZ

YOLANDA LEGANÉS VIANA

AURORA LOPEZ LOPEZ

1 Introducción

De todos es sabido que el sector sanitario ha sido y es la principal preocupación en nuestra sociedad.
Desde la antigüedad, ha existido siempre alguien encargado de la salud de los demás. En un principio mediante ritos tribales, sacrificios a los dioses, tratamientos mediante plantas medicinales o curativas, hasta llegar a los primeros médicos que, con muy ‘pocos medios, creaban sus pócimas o medicamentos para tratar las enfermedades de sus vecinos.
Poco a poco la medicina fue avanzando hasta llegar al SXX donde el avance empezó a ser mucho más rápido.

Los centros médicos actuales, poco o nada tienen que ver con los primeros dispensarios o locales de atención médica.
Pero en el fondo, siempre la necesidad es la misma: acudir a un profesional sanitario que detecte y remedie cualquier enfermedad, y entonces se desea ser atendido lo más rápido y con la mayor profesionalidad posible, ya que la rapidez en la atención médica puede ser vital.
Por tanto, se quiere, y se debe, tener acceso a la sanidad cualquier día y a cualquier hora, y para ello no sólo es necesario contar con los mejores profesionales en el personal sanitario, sino también tener equipos de cualificados administrativos, que son los que inician el protocolo con el paciente, y es en quienes se va a basar este estudio.

2 Objetivos

Exponer la problemática de los turnos de trabajo de los auxiliares administrativos dentro de los centros hospitalarios y sanitarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

DEFINICIONES
Se entiende por trabajo a turnos una modalidad laboral en la que el trabajador tiene que realizar su labor:
- Durante las 24 horas del día, siete días a la semana, 365 días al año.ç
En el sector sanitario, sería el caso de los hospitales y centros de urgencias.
- En turnos de mañana y tarde, 5 ó 6 días a la semana, en el caso de los centros de salud.
El día queda, por tanto, dividido en turnos o intervalos de tiempo, durante el cual diferentes grupos de trabajadores realizan la misma o similar tarea.

Esto significa que el horario no interrumpe el proceso de producción, en nuestro caso la atención al paciente o usuario del sistema de salud.

FACTORES DE RIESGO DEL TRABAJO A TURNOS

El trabajo a turnos, principalmente se piensa en el turno de noche y en menor medida el turno de tarde, es considerado en medicina y epidemiología un factor de riesgo, ya que puede aumentar la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, problemas cognitivos, dificultad de concentración y mantener la atención (cometer errores) diabetes, obesidad, etc.

CUANDO EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEBE DOBLAR TURNOS

En ocasiones, principalmente por falta de personal o imprevistos, surge la situación de tener que "doblar turno"

Actualmente, y cada vez con mayor frecuencia, se ha sabido que no es posible realizar nuevas o temporales contrataciones para cubrir imprevistos como enfermedades o accidentes del personal o de sus familiares cercanos, por lo que se "solicita" al auxiliar administrativo del turno de mañana, que continúe por la tarde, o bien que al terminar su jornada acuda a otro centro de salud o departamento del hospital, a cubrir un puesto que, en caso contrario, no tendría a nadie en el siguiente turno.

Esta situación enlazaría con los riesgos del trabajo a turno, expuesto anteriormente, provocando situaciones de fatiga, estrés, ansiedad, etc.

CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR

Todo lo que se ha desarrollado anteriormente, así como la rotación en los turnos de trabajo, los cambios imprevistos de turno, y la carga de trabajo administrativo que se ve aumentada con las actuales epidemias y pandemias, hacen que la conciliación de la vida familiar presente mayor dificultad cada vez.

Tras la investigación llevada a cabo en centros de trabajo reales, y la consulta realizada en diferentes páginas y foros de información, el resultado obtenido ha sido que hay mucha diferencia entre los turnos de trabajo en los diferentes tipos de centros sanitarios:

- En un centro de salud convencional : mañana-tarde/lunes a viernes/turnos de 7 horas

Es relativamente fácil organizar estos turnos, ya que es frecuente que existan administrativos que prefieran la tarde y otros que prefieran la mañana. No es muy difícil, puntualmente, poder cambiar el turno entre compañeros.

La mayor carga de trabajo suele concentrarse en el turno de mañana, ya que a las consultas médicas hay que añadir el servicio de analíticas, en el que el trabajo del administrativo es fundamental para informatizar el registro de las extracciones realizadas cada día. En este turno suele haber más profesionales que en el turno de tarde.

- Un Centro de salud con servicio de urgencias: el centro de salud propiamente dicho, tendría el mismo tipo de turnos que un centro de salud convencional, al que se añade turno de 24 horas/7 días semana/365 días año/ en 3 turnos: mañana, tarde y noche.
En el turno de mañana, como ya se ha indicado, se concentra mayor carga de trabajo, y en el turno de noche, normalmente con un solo administrativo, el trabajo se refiere únicamente a los pacientes que acuden a urgencias, no teniendo que planificarles citas programadas para otros especialistas.
En ocasiones hay bastante dificultad para organizar el calendario de este servicio

- Hospital con servicio de urgencias 24 horas/7 días semana, 365 días año
La carga de trabajo suele ser bastante grande, ya que al existir largas listas de espera para las diferentes especialidades, muchos usuarios acuden a este servicio, aunque realmente no tengan una urgencia grave.

Es en los casos de servicio de 24 horas donde surgen los problemas. Los turnos suelen ser rotativos, con días de descanso intercalados, y generalmente un solo administrativo durante el turno de noche.

5 Discusión-Conclusión

Es complicado encontrar la forma perfecta de organizar este tipo de trabajo, pero como condición fundamental se debería:
- Planificar el calendario con bastante antelación
- Contar, en la medida de lo posible, con la opinión del trabajador para la formación de los equipos
- Repartir equitativamente la carga de trabajo
- Contar con el equipo médico suficiente para que el administrativo pueda realizar su trabajo de organización de las visitas de los pacientes.
- En el turno de noche, contar al menos con dos administrativos, a fin de que puedan alternativamente moverse un poco, caminar, o incluso si fuera necesario, descansar un rato.

- Poner a disposición del personal, sobre todo para los turnos de noche, una sala-comedor donde poder calentar la cena o tomar un café.
- Intentar, por todos los medios, mantener un ambiente de trabajo agradable y colaborativo.

6 Bibliografía

Wikipedia
Estatuto de los Trabajadores
Revista Atención Primaria

Capítulo 440

MUESTRA DE LA NECESIDAD DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO POR EL CELADOR

ANDRÉS CABELLO PEÑAS

AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO

MONICA PEREZ RODRIGUEZ

ANTONIO CASAS TORRES

MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

A finales de los años setenta y principios y comienzos de los ochenta comienzan a instaurarse centros de salud mental principales y centros dependientes de Diputaciones Provinciales.
Con la Ley General de Sanidad se contempla al paciente mental como un usuario más del Sistema Nacional de Salud. Se ponen en marcha servicios de psiquiatría para tratamiento ambulatorio en Asistencia Primaria y Asistencia Especializada y, además, Unidades de Psiquiatría en hospitales.
Los equipos de Asistencia Primaria tienen un papel transcendental en el abordaje de las alteraciones de salud mental. Cualquier individuo que tenga un problema de salud mental puede ir a un Centro de Asistencia Primaria donde pueden

derivar al paciente al hospital a una unidad de psiquiatría en caso de que sea obligatorio. Así van desapareciendo los hospitales psiquiátricos.
La Ley General de Sanidad en su artículo 70 establece la plena integración en el sistema sanitario general y por supuesto la total equiparación del paciente en afectado mentalmente a los demás individuos que requieran servicios sanitarios y sociales, así las administraciones sanitarias adecuarán su actuación a los siguientes principios:
- La asistencia a las alteraciones de salud mental de la población, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, hospitalización parcial y asistencia a domicilio, comprimiendo al máximo posible la necesidad de realizar una hospitalización.
- Desarrollar servicios de rehabilitación y reinserción social ineludibles adecuados a las alteraciones del paciente mental, coordinándose con las unidades sociales.
- La hospitalización de los pacientes se efectuará en las unidades psiquiátricas de los Hospitales Generales.
- Las unidades de salud mental y de asistencia psiquiátrica en coordinación con los servicios sociales cubrirán los aspectos de prevención primaria y la asistencia a las alteraciones psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

2 Objetivos

Exponer la importancia del conocimiento del paciente psiquiátrico por parte 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 además, se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Mostrar una actitud tranquila con el paciente y saber distinguir los distintos tipos de pacientes mentales, conocer las características de cada enfermedad para

poder prestar el trato más adecuado en cada caso. Por este motivo y aunque tenga que seguir siempre las orientaciones del profesional de Las unidades de salud no está de más conocer las principales alteraciones de salud mental que a continuación se describen:

- Angustia-Ansiedad.
- Hipocondría.
- Depresión.
- Demencias.

2. Colaborar con el profesional de Las unidades de salud en la administración de medicación en aquellos pacientes que lo precisen (pacientes alterados que se nieguen a colaborar).

3. Tratar de empatizar con el paciente para evitar posibles situaciones tensas y así poder evitar complicaciones y alteraciones en el desarrollo normal de la jornada.

4. En caso de inmovilización del paciente usar los diferentes sistemas de sujeción mecánica como son:

- Faja abdominal para sujeción del tronco. Se coloca en primer lugar transversalmente encima de la cama y mediante unas tiras que se tienen que ajustar a la cama. Se coloca la faja en la cintura del paciente, graduándola. Este sistema dispone de un cierre magnético con llave que guardará el profesional de Las unidades de salud.
- Muñequeras para sujeción de manos. El sistema consiste en unas muñequeras que se ajustan mediante ojales. Estas muñequeras llevan unas tiras que se atan a unos pasadores situados en cinturones que tiene la cama.
- Tobilleras para sujeción de pies. El sistema consiste en unas tobilleras que, además, se ajustan con el ojal correspondiente. Estas, además, llevan unas tiras que se atan a unos pasadores situados en cinturones que tiene la cama.
- Arnés axilar, solo en casos de pacientes muy alterados. Para la utilización de este sistema es necesario el consentimiento médico porque puede llegar a producir dificultades para respirar.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene una función muy importante en el servicio de salud mental. Las funciones serán específicas del lugar y función que ocupe dentro del servicio. Un adecuado conocimiento de las principales peculiaridades de este servicio ayudará a que se consigan mejores resultados y eficacia en sus acciones y deberemos ser conocedores de las posibles patologías a las que nos podemos encontrar en la realización del día a día de nuestro trabajo, ya que esto nos va ayudar a saber

cuáles serían las mejores acciones a realizar a la hora de tratar a un paciente que esta afectado de alguna alteración o patologia diagnosticada en la salud mental.

6 Bibliografía

1. Del Castillo Torres, L.; Martos Navarro, F.; Gómez Martínez D.; González Rabanal, J.M.; Vidal Ramírez, R.; Ales Reina, M. "Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud". 8ª edición. Sevilla. Editorial MAD. 1999.
2. González Álvarez Onésimo. Enfermedad mental, estigma y legislación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2009 [citado 2022 Ago 25] ; 29(2): 471-478. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200012&lng=es.

Capítulo 441

MUESTRA DEL DESEMPEÑO QUE EFECTÚA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO

ANDRÉS CABELLO PEÑAS

MONICA PEREZ RODRIGUEZ

ANTONIO CASAS TORRES

MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En las Unidades o servicios de urgencias, un facultativo hará las funciones de coordinador y va a ser el que lleve la responsabilidad de la unidad de atención como es el servicio de las urgencias, el cual esta creado para la atención y atención sanitaria de los pacientes con patologías que no pueden ser resueltas en la Atención Primaria, se trataran a los pacientes de gravedad muy variada y de diferentes etiologías, y que terminan en procesos agudos que precisa de atención inminente.

En términos de organización el servicio de urgencias está dentro del sistema del propio hospital formando parte de él, así como ser la referencia de los centros de

salud, todos ellos ubicados y muy próximos al servicio hospitalario, la ubicación física en cuanto a edificación de las urgencias en los hospitales, suele tener bien diferenciado su puerta de entrada o puede ser un servicio anexado para que este sencillo de encontrar y de acceder hasta él, debido a que se le debe agilizar la entrada a estos pacientes que requieren la intervención de urgencia inminente, de estas atenciones o actuaciones, nos podemos encontrar con la atención con requerimiento de urgencia o la atención de emergencia, las cuales se diferenciaran en que la urgencia se deberá a una causa que conllevara riesgo para el paciente, y que cuya atención no debe retrasarse o ser asistida entre las 24 y 48 horas, estas son las más dadas en los servicios de urgencias.

Aunque nos podemos encontrar con una denominada emergencia la cual va consistir en una situación muy crítica y de extrema gravedad, para la salud del paciente y que derivara en un riesgo vital lo que requerirá a que esa atención se practique en cuestión de minutos o pocas horas dependiendo de la incidencia.

2 Objetivos

- Ver las diferentes formas de entrar al Servicio de Urgencias hospitalarias.
- Describir las funciones que conllevan las funciones y el desempeño del trabajo que efectúa la figura del personal celador en el servicio de urgencias.

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, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El acceso al servicio de urgencias hospitalarias por el paciente/usuario puede ser de múltiples maneras a partir de un volante de su médico de familia en atención primaria, o referido de algún centro de los puntos de atención continuada, asimismo puede tener su acceso, por una urgencia asistida por el 112, o por la propia voluntad del paciente al encontrarse con dolencias o por sus familiares.

En lo que atañe a las funciones de la profesión de celador serán:
- Deberán por norma general, siempre recibir a los pacientes en la puerta, ya vengan en vehículos propios o en la ambulancia.
- El celador encargado de ello comunicará y llevará al paciente hasta el servicio de admisión, siempre que, su situación lo permita, o directo al área definido de efectuación del triaje, mientras que uno de sus familiares efectuá el ingreso, dando los datos requeridos por los administrativos.
- Se transportará a los pacientes que no puedan por ellos mismos, en la silla de ruedas en cama o camilla.
- Tendrán que informar la situación al personal sanitario cuando sea forzoso.
- En las puertas de urgencias siempre tiene que estar disponibles, sillas de ruedas y camillas.
- Serán los encargados y vigilantes de los accesos y entrada hacia la zona de urgencias, permitiendo esta entrada solamente a las personas que tengan autorización.
- En las funciones dentro de sus funciones, prestaran auxilio al personal sanitario, en lo que requiera el paciente, así como las que le sean requeridas por, el personal sanitario o médico.
- Deberán tramitar y conducir con la mayor brevedad que sea posible las comunicaciones orales que les sean dadas por sus superiores jerárquicos.
- Traslado de pacientes al área de quirófanos, al servicio de endoscopias, radiología, unidades de hospitalización entre otras, si el acceso a las urgencias a derivado en una hospitalización y a todos aquellos servicios o zonas que sea necesario.
- Trasladara la documentación a los diferentes laboratorios, farmacia, banco de sangre o servicio de admisión, etc. y así como la recogida de resultados de las pruebas diagnósticas que el paciente requiriera.
- Traslado de objetos o mobiliario.
- No deben permitir que familiares o pacientes en espera, estén por los alrededores deambulando del servicio de urgencias o los pasillos, más de lo que sea preciso.
- Deberán procurar conseguir silencio y un orden en los espacios comunes, así como también en las salas de espera.
- Deben de informar a los familiares si se le ordena de los pacientes si estos están en la sala de espera, siempre que se mueva al paciente, sea debido un ingreso en planta o para la práctica de pruebas diagnósticas fuera del área de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos a través de la descripción del trabajo que efectuá el personal celador en este artículo, podemos ver la gran responsabilidad y funciones que tiene que practicar el personal celador y que, si no fuera por esta figura profesional, los servicios de urgencias, serian en términos de organización, unas unos servicios, nada resolutivos ni prácticos ya que el personal sanitario que está en la necesidad de efectuar sus propias funciones de atención al paciente, debería dejar de asistir y cuidar al paciente para que los tramites que el celador efectuá, tener que hacerlo ellos mismos lo cual sería además de incompatible, sería inviable en cuanto a salud del paciente incluso su vida y poco práctico.
La posición del celador de urgencias no es nada fácil, necesita de gran templanza y respeto hacia el paciente y familiares ya que, cuando un paciente va a urgencias, no está en su mejor estado, lo cual puede incurrir en situaciones estresantes, violentas o de nerviosismo.

6 Bibliografía

1. Aragón, Suárez, D.; Rivera, V, M.A.; Cañas A, M.M.; Recepción, acogida y clasificación de pacientes. Civerrevista 2014; IV Época: Enero – Febrero 2014(nº35):4.
2. Díez Espino J, Morán Pi JC. Urgencias en Atención Primaria. FMC. 1994
3. Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Madrid, 1996.
4. https://medlineplus.gov/spanish/
5. https://www.scielo.org/es/
6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 442

MUESTRA POR EL CELADOR DE URGENCIAS DE LA ESTRUCTURACIÓN DEL SERVICIO

MONICA PEREZ RODRIGUEZ

ANDRÉS CABELLO PEÑAS

AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO

ANTONIO CASAS TORRES

MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El servicio o unidad de los servicios de Urgencias de cada institución hospitalaria, se va a establecer en una distribución creada para la correcta funcionalidad y la adecuada operatividad. Debemos destacar y tener en cuenta a la hora de la asistencia, cuidados o ayuda de los personas, que uno de los sitios por donde el enfermo suele efectuar el ingreso, será en los servicios de los servicio de urgencias, es por ello que se debe tener una organización adecuada y funcional, con una delimitaciones de las zonas muy bien definidas y delimitadas para una eficaz, adecuada y correcta asistencia, con ello se evitara que se produzcan inconvenientes, descontroles y retrasos en la asistencia que requiere y de la que es demandante el enfermo o una desorganización en cuanto a las necesidades del momento, derivadas de la patologia que traiga el enfermo. Como profesional

celador debemos ser instruidos y conocedores de todas las funciones en cuales se nos va a necesitar o deberemos de prestar auxilio y apoyo a los demás profesionales que trabajan en las unidades, además de estar en continua actualización de los requerimientos en cuanto a organización, distribución y trabajo de los servicios de un servicio de urgencias, en las que nos encontraremos diferentes zonas o salas.

2 Objetivos

Describir la distribución de las zonas y salas de las que se componen los servicios de urgencias así como de las funciones que deberá cumplir el profesional 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 efectuado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, Scielo, Google academic, datos de la OMS, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las zonas de urgencias están fragmentadas en, admisión de urgencias, sala de triaje, salas de asistencia o críticos, salas o boxes para las patologías menos urgentes y las salas de espera, sillones y observación.
Admisión de urgencias: Se deberá registrar las entradas y salidas de los demandantes de asistencia sanitaria y llevarlos o encaminarlos a la unidad de Triaje. En depender que ocasiones se dará información de los enfermos. Entre sus funciones destacamos, el registro de la entrada de enfermos o las derivaciones del enfermo al triaje, entre otras muchas que le sean requeridas.
Triaje: Es el lugar físico en el que el profesional de enfermería y el profesional medico clasifican, ubican y acogen a los enfermos. En los hospitales este término está empezando a no usarse, sustituyéndolo por las siglas R.A.C (Recepción Acogida y Clasificación) dejando la palabra de triaje, para las catástrofes
Nos encontramos con la atención de críticos: Correspondiente al área del servicio de Urgencias en el que se asiste a aquellos enfermos cuya situación de gravedad

es grave o muy grave, o aunque no incurran en las situaciones referidas, precisen de una asistencia inmediata a fin de prever una situación de más gravedad.
Otro nivel o sala de asistencia y sala de boxes: Sera donde el profesional sanitario procederán a efectuar las acciones para tratar la salud de los enfermos que tengan un riesgo más moderado o menos grave que no compromete a su salud.
Están las salas de espera y observación: Donde se quedarán los acompañantes de los enfermos o acompañantes, a la espera de que sean llamados para darles la información médica. Generalmente se encuentra situada al lado de la puerta de acceso de urgencias, al lado del servició de admisión.
La sala de observación, es un lugar preparado con camas, donde el enfermo estará como máximo 24 horas, para su observación de la evolución de su patologia, para posteriormente proceder al ingreso en la unidad de hospitalización que requiera su enfermedad, o para irse de alta a su domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos de la descripción en este artículo de las zonas o zonas de los servicios de urgencias hospitalarias, se observa y se llega a la conclusión de que el papel y la figura del profesional de celadores es de suma importancia a la hora de que todas y cada una de las zonas y zonas descritas marche correctamente y con total fluidez en cuanto a la agilización de los procesos asistenciales, sobre todo a la hora de llevar, trasmitir o informar en cuanto a documentación, pruebas diagnósticas y enfermos y que del adecuado conocimiento de las zonas citadas por el profesional celador va a depender la buena efectuación del trabajo por todo el equipo de las urgencias hospitalarias.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-urgencias/#::text=Funciones%20celador%20en%20Urgencias%20Hospitalarias,-Estas%20ser%C3%A1n%20funciones&text=%E2%80%93%20Transportaran%20a%20los%20enfermos%20en,personal%20sanitario%20cuando%20sea%20preciso.&text=%E2%80%93%20Vigilar%C3%A1n%20las%20entradas%20al%20C3%A1rea,las%20personas%20autorizadas%20para%20ello.
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
3. http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html

Capítulo 443

LA ASERTIVIDAD COMO FORMA DE MEJORA DE LAS RELACIONES DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ

DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN

SHEILA DIAZ MENENDEZ

ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El personal del ámbito sanitario continuamente está en contacto con pacientes, familiares, acompañantes e incluso interactuando con sus propios compañeros, por lo que debe de adquirir ciertas habilidades a la hora de comunicarse, ciertas destrezas en sí que le permitan una mayor fluidez en el diálogo con las personas de forma que sepa interpretar también a un paciente o usuario con el fin de cubrir sus necesidades, facilitando la fluidez en la conversación y ayudándole en lo que necesite.

En el ámbito sanitario resulta imprescindible saber comunicarse bien siendo esencial el correcto entendimiento entre los profesionales y los pacientes o usuarios,

ya que será vital para que en los tratamientos se obtengan los mejores resultados y para que los pacientes entiendan que proceso se va a llevar a cabo en cada caso. En la actualidad, la sanidad también ha sufrido constantes cambios, la relación entre el profesional y el paciente ya no es la misma puesto que antes el paciente tenía un papel mucho más pasivo limitándose a escuchar y a obedecer de alguna manera las pautas que se le había impuesto. Hoy en día el paciente se muestra mucho más dinámico, participando en la toma de decisiones que le incumben y barajando las distintas opciones acerca de su tratamiento, por lo que la buena comunicación en estos casos resulta esencial. A todo esto, hay que añadir los importantes avances científicos haciendo que los procesos sean más complejos, así como la toma de decisiones, por lo que se debe hablar, preguntar, comentar, discutir…con el profesional. De la misma manera, también los organigramas en los centros hospitalarios y sanitarios también se han vuelto más complejos, ya que no sólo se dispone de un médico o una enfermera por ejemplo que atienda a un paciente, sino que estos tienen varios profesionales, provocando que cuando no exista una comunicación adecuada no se produzca el servicio adecuado y tampoco se produzca el vínculo necesario entre el paciente o acompañante y el profesional. Además, hay que tener en cuenta también los conflictos que pueden surgir entre los trabajadores y los usuarios de los centros, motivados en muchos casos por las trabas burocráticas, por las largas listas de espera o por la saturación del sistema sanitario, que hace que el malestar de los usuarios sea patente y que sea necesario dialogar para salir de conflictos o situaciones complicadas.
Analizando por tanto esta situación, la comunicación asertiva en la sanidad se ha convertido en algo esencial y primordial a tener en cuenta para establecer un diálogo eficaz y adecuado, y mejorar las relaciones de las personas con el fin de ofrecer también una sanidad de mayor calidad.

2 Objetivos

-Analizar la forma en que ha evolucionado el sistema sanitario y la forma en la que la comunicación ha comenzado a jugar un papel muy importante en las relaciones entre profesionales y pacientes o acompañantes.
- Describir los efectos que puede tener una comunicación asertiva en el ámbito sanitario.
- Establecer una serie de pautas que favorecen una comunicación asertiva en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica en este tema, seleccionando aquellos artículos que resultaron más precisos a la hora de describir la forma en la que ser asertivos mejora la comunicación entre los trabajadores específicamente en el ámbito sanitario. Para la obtención de los artículos se han utilizado buscadores como Scielo o Google Académico, seleccionando aquellas páginas o documentos que resultasen más científicos. En la estrategia de búsqueda se han utilizado palabras clase como "asertividad" o "comunicación asertiva" por ser esta una forma de reducir los artículos al tema que estamos tratando haciendo que sean más específicos y procurando que estén lo más actualizados posibles.

4 Resultados

Una comunicación asertiva permite expresar de manera clara y respetuosa lo que se piensa o se opina acerca de un determinado tema, pero sin ser agresivo ni pasivo, sino que se considera también que pueden existir otros puntos de vista acerca de lo que se está hablando. Una buena comunicación asertiva va a permitir mejorar la capacidad de expresión fortaleciendo la imagen social que se proyecta, facilitando el diálogo y fomentando el respeto entre las personas ayudando a resolver los posibles conflictos que puedan surgir en el centro de trabajo y con respecto a los pacientes y acompañantes y mejorará la capacidad de negociación. Para ser asertivos es importante mantenerse empático, saber ponerse en el lugar del otro, comprendiéndole y entendiéndole, de manera que se debe de tener una escucha activa. Para ello no solo se debe tener en cuenta el lenguaje verbal, sino que además este debe de ir acompañado con el lenguaje no verbal, aquel que se realiza con gestos, expresiones, tono del habla, intensidad, movimientos en la cara…y que deben de expresar lo mismo que se está diciendo con palabras. Para ser asertivos no es necesario utilizar un lenguaje muy sofisticado o con grandes tecnicismos, sino que este lenguaje debe de estar adaptado a la persona con la que se está hablando de manera que se tenga en cuenta su nivel social y cultural, para que pueda comprender perfectamente lo que se le está diciendo. El profesional debe siempre tener en cuenta a la otra parte haciéndole partícipe de las decisiones y de las estrategias que se van a llevar a cabo comunicándole las diferentes opciones o alternativas dándole tiempo y sin generarle estrés o presión. Los trabajadores con una buena comunicación asertiva tienen que saber identificar los miedos, las frustraciones, las dudas y los conflictos con el fin de

abordarlos de la mejor forma posible mediante un lenguaje correcto.
Más allá de lo que se pueda pensar de la comunicación asertiva en cuanto a que tiene repercusiones relacionadas con una mejora en el bienestar, tanto emocional como psicológico, se ha demostrado que la asertividad también mejora los estados del paciente en los procesos de la enfermedad produciéndose de esta manera una disminución de los síntomas así como una mayor evolución clínica. La conflictividad ante la ausencia de una comunicación asertiva se ve, por el contrario, aumentada dando lugar a situaciones más difíciles en las que la falta de entendimiento también se hace patente, en la que hay un menor seguimiento del tratamiento por parte del paciente y en el que puede llegar a surgir una cierta agresividad o situaciones complicadas entre el profesional y el paciente que en ocasiones derivan en reclamaciones o denuncias.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que una comunicación asertiva no va a solucionar todos los problemas en las relaciones que se pueden dar dentro del ámbito sanitario, pero es evidente que sí que van a jugar un papel esencial y primordial, pues se producirá una disminución considerable de la probabilidad de que se generen conflictos entre las partes, mejorando de esta manera la atención sanitaria y permitiendo una mejora en la evolución de la situación clínica del paciente así como una mejora en el seguimiento de los tratamientos por parte del paciente. Una mayor formación de todo el personal encaminada a adquirir habilidades comunicativas va a resultar fundamental para mejorar los procesos clínicos, para eliminar o disminuir las hostilidades entre profesional-paciente y para ofrecer una mejora en la calidad del servicio sanitario que se está prestando.

6 Bibliografía

1. El auxiliar administrativo de la sanidad y la comunicación asertiva con el paciente https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-sanidad-comunicacion-asertiva-paciente/#::text=La%20respuesta%20asertiva%3A%20en%20este,y%20deciden%20por%20s%C3%AD%20mismos.
2. La importancia de comunicar bien en el ámbito sanitario https://theconversation.com/la-importancia-de-comunicar-bien-en-el-ambito-sanitario-129282
3. Bases de la comunicación asertiva. https://amayaco.com/comunicacion-asertiva/caracteristicas-de-la-comunicacion-asertiva

4. Empatía y asertividad, la clave de enfermería. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/empatia-y-asertividad-la-clave-de-enfermeria/

Capítulo 444

CÓMO AFECTA EL BURNOUT A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO

ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ

DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN

SHEILA DIAZ MENENDEZ

1 Introducción

El síndrome de burnout puede también ser conocido como el síndrome de estar quemado y hace referencia a la situación por la que pueden estar pasando algunos de los profesionales del ámbito sanitario presentando un importante desgaste emocional que hace que su trato con otros compañeros o con la gente que acude al centro sea negativa, produciéndose una despersonalización en el trabajo como consecuencia de una sensación de agotamiento psicológico y de una baja realización a modo personal. Actualmente, el burnout está adquiriendo una gran importancia, en primer lugar, por el impacto económico que tiene en los centros de trabajo y en segundo lugar porque el grado de la calidad de los servicios que se presten a los pacientes va a depender en gran medida del grado de satisfacción que los trabajadores van a tener en su trabajo. No obstante, el concepto de

burnout no es algo que haya surgido en el momento presente, sino que ya en 1974 Herbert Freudenberger ya describió este concepto, pero fue en 1976 cuando Maslach lo dio a conocer públicamente definiéndolo como este desgaste laboral que afecta en mayor medida a los trabajadores que prestan servicios a los demás, sobre todo en el sector sanitario y la educación.
El burnout no es un estrés como tal, sino una cronificación del mismo que da lugar a un agotamiento, perdiendo el interés general por todo lo que se está haciendo. El síndrome de burnout se tiene que dar siempre en un contexto laboral, produciéndose habitualmente de forma gradual en personas que habían idealizado el puesto de trabajo y que en mayor medida llevan a cabo puestos de trabajo de ayuda a los demás.
Es tal la cantidad de los trabajadores del sector que pueden sufrir burnout a lo largo de su carrera profesional que la Organización Mundial de la Salud ya lo ha incluido como un riesgo laboral más.

2 Objetivos

-Describir que es el burnout y porqué se produce dentro del ámbito sanitario.
-Analizar las diferentes etapas a las que se enfrentan los profesionales cuando sufren del síndrome de estar quemado y las consecuencias que puede tener esto en los trabajadores que la sufren.
-Definir las distintas medidas que se pueden llevar a cabo para prevenirlo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica en este tema, seleccionando aquellos artículos que resultaron más precisos a la hora de describir los efectos que provoca el desgaste de los trabajadores específicamente en el ámbito sanitario. Para la obtención de los artículos se han utilizado buscadores como Scielo o Google Académico, seleccionando aquellas páginas o documentos que resultasen más científicos. En la estrategia de búsqueda se han utilizado palabras clave como “burnout” o “desgaste del trabajador” por ser esta una forma de reducir los artículos al tema que estamos tratando haciendo que sean más específicos y procurando que estén lo más actualizados posibles.

4 Resultados

Existe una gran cantidad de factores de riesgo que pueden hacer que aparezca el burnout como puede ser: una falta de capacidad de realizar el trabajo, un conflicto de roles o una ambigüedad en los mismos; la sensación de una falta de justicia en la organización motivada por la falta de participación a la hora de tomar decisiones, las relaciones conflictivas con los compañeros o las tensiones que pueden existir con los pacientes o usuarios ,la incapaz para ascender haciendo que uno se sienta estancado en el puesto de trabajo, las grandes cargas de trabajo o la falta de recursos para desempeñar el mismo, así como la incompatibilidad para realizar las diferentes tareas o para realizar estas frente a un mismo rol.
En una primera etapa del burnout el trabajador se suele encontrar motivado y con grandes expectativas en cuanto al trabajo que va a desempeñar, por lo que se define esta etapa como la del entusiasmo.
En segundo lugar, bien sea porque el trabajo resulta repetitivo, porque las expectativas habían superado a la realidad o porque sus esfuerzos no resultan todo lo valorados que el trabajador considera que tenían que ser se empieza a sentir un poco derrotado y entra en una fase conocida como la de estancamiento, donde pueden aparecer algunos síntomas físicos como dolores de cabeza, tensiones musculares o dolores de estómago.
En tercer lugar, cuando la fase de estancamiento se prolonga y los obstáculos tanto de la organización y los derivados del puesto de trabajo hacen que el esfuerzo personal no se vea recompensado surge la apatía. Este es el momento en el que aparecen los primeros indicios del síndrome de burnout, dando lugar a la fase de la frustración, característica por tener un agotamiento emocional al no sentirse realizado profesionalmente.
En el cuarto lugar aparece una activación por parte del profesional para intentar salir de esa situación, dedicando mayores esfuerzos en la realización de su trabajo, pero que no se consiguen gestionar adecuadamente, surgiendo entonces la fase de hiperactividad seguida de la apatía, lo que conlleva a una situación de despersonalización del trabajador frente al trabajo que desempeña. Finalmente, esta situación en el trabajo y llevan a unos sentimientos muy negativos por parte del profesional, pidiendo este incluso el cambio de trabajo, la baja profesional, traslado a otro lugar de trabajo etcétera, fase conocida como la de estar quemado.
Debido a todo este proceso que se produce en el profesional sanitario, las consecuencias en la salud física se harán patentes, en forma de pérdida de apetito, migrañas, dolores musculares, problemas digestivos… así como las consecuencias mentales, que se presentarán en forma de estrés y ansiedad. En el trabajo se será

menos productivo, ya que se producirán olvidos, una dificultad de concentración, las tareas se realizarán mucho más lentas comenzando una incapacitación para la gestión y el cumplimiento adecuado del trabajo que se estaba llevando a cabo. Para la prevención de todas estas consecuencias del burnout es necesario que se establezcan unas medidas preventivas, tanto a nivel individual como desde el punto de vista organizacional. Para ello es necesario establecer unas estrategias de ayuda individual, enseñando técnicas de autocontrol, de un cambio de los pensamientos más negativos por otros más racionales y de resolución de problemas. También es importarte enseñar técnicas de relajación, de respiración y de habilidades sociales para mejorar las relaciones entre los compañeros. Desde el punto de vista de la organización es importante implantar programas que ayuden al trabajador a adaptarse a un nuevo puesto de trabajo adquiriendo las habilidades necesarias para la realización del mismo, programas de evaluación en los que se informe al trabajador de cómo está desempeñando su trabajo para poder mejorarlo y programas en los que se cree un ambiente óptimo y adecuado para que el trabajador se encuentre motivado.

5 Discusión-Conclusión

Dada la situación en la que se encuentra hoy en día el sector sanitario, debido en gran medida por la gran carga de trabajo que sufren los trabajadores del mismo, no se puede decir que el burnout sea algo que no se puede eliminar, sino que es vital que se faciliten las suficientes armas terapéuticas para solucionarlo de tal manera que los trabajadores sean informados en primer lugar acerca de lo que se enfrentan previniéndoles y formándoles en esta materia. Es necesario que se les faciliten cursos en los que se les enseñe a tolerar y gestionar determinadas emociones que puedan surgir en el desempeño de su actividad.

6 Bibliografía

1. Síndrome de burnout https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014#::text=personal%20(1).-,P.,la%20vivencia%20de%20encontrarse%20agotado%22.
2. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300011
3. El burnout del profesional: ¿cómo evolucionará en tiempos de crisis? https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462021000200007

4. ¿Qué es el burnout? https://salud.asepeyo.es/pacientes/recomendaciones/burnout-laboral-o-sindrome-de-desgaste-profesional/#::text=El%20burnout%2C%20tambi%C3%A9n%20llamado%20s%C3%ADndrome,y%20de%20interrelaci%C3%B3n%20social%20frecuente.
5. La OMS reconoce como enfermedad el burnout o "síndrome de estar quemado" http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado

Capítulo 445

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE UN PACIENTE DE LA PARTE DE CARDIOLOGÍA

PILAR POVEDA LÓPEZ

DANIEL MARTÍN MARTÍN

ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

1 Introducción

Un paciente cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son necesarias las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van utilizando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que mejoran el éxito de este tipo de operaciones, lo facilitar y en parte disminuyen el tiempo de recuperación de los pacientes.
En este capítulo vamos a ver de manera general el tratamiento realizado de un celador de un paciente cardíaco. No nos centraremos en pacientes en concreto ni en un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones

u otros tipos. Simplemente hablaremos de forma general de la labor del celador con un paciente de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el paciente desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del paciente por el hospital tanto en planta, en quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.
- Explicar de forma detallada el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, su paso por planta, durante la intervención así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del paciente en el hospital. Normalmente suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o alguna paciente de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del paciente ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria. Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de pacientes suelen realizarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado. A parte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que realizarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del paciente si se requiere así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.

El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano ira a planta a por el paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente por si no estuviera preparado para la realización de la intervención.
Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería el celador procederá a colocar la paciente en la mesa de quirófano y le pondrá brazales, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar. El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.
Durante la operación si hubiera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que realizar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).
Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder realizar las funciones que sean necesarias.
Normalmente al poco tiempo de estabilizar al paciente se le realizará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la realización de la prueba.
El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente.
Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá realizar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan.
Una vez en planta cada día y si el paciente lo necesita el celador deberá ayudar en el aseo del paciente así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.
Aparte de esto, lo normal es que estos pacientes sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.
Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del paciente el celador si hace falta acompañara hasta la salida al paciente o realizará este

trayecto en silla de ruedas si el paciente no es válido para andar por su propio pie.
De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario. En este capítulo sobre un paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en quirófano, UCI o los traslados para la realización de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

1. https://www.medijimar.com/realizar-cirugia-cardiovascular/
2. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular

Capítulo 446

EL CELADOR Y LOS TIPOS DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO

CARMEN GALLEGO LOPEZ

ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO

CRISTINA HIDALGO SIMARRO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO

1 Introducción

El aislamiento es un método para evitar la transmisión de infecciones en el ámbito hospitalario, teniendo en cuenta lo que se denomina: los 3 eslabones principales de la cadena epidemiológica que son: la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y el sujeto susceptible. La finalidad de los aislamientos es :

- Separar a los pacientes contagiosos para que no transmitan la enfermedad a personas sanas (técnicas de barrera).
- Separar a los pacientes que tienen disminuidas sus defensas, para protegerles contra la eventualidad de adquirir una enfermedad transmisible (técnicas de barrera inversa).

Las enfermedades infecciosas tienen su causa en los microorganismos patógenos como: los parásitos, las bacterias, los virus, o los hongos, de manera que una persona infectada se lo puede transmitir a otra, o incluso, de un animal a una persona, directa o indirectamente, siendo un ejemplo de éstas: herpes zóster, mononucleosis, gripe, tétanos, fiebre tifoidea, herpes, hepatitis vírica, tuberculosis, paludismo, rabia, septicemia, etc.

De manera que al aplicar unas barreras preventivas alrededor del paciente, harán que los microorganismos no lleguen a las personas sanas y al revés, evitando que los pacientes susceptibles puedan ser contagiados, es pero es verdad, que a menudo estos pacientes, pueden llegar a sentirse marginados, sin contacto ni con el exterior sin sus familiares por el motivo del aislamiento, aquí es donde entra en juego el equipo médico, el cual dará una información comprensible y completa al paciente y familiares, sin causar alarma y sin recomendar medidas que no sean necesarias.
En este sentido también la figura del celador tendrá su parte de relevancia, ya que está en contacto en primera línea que este tipo de pacientes, en los cambios posturales, en los traslados, etc, siendo necesario que no muestre rechazo al paciente en ningún momento, para no bajar su animo ni autoestima, tratándolos con el mismo esmero que cualquier otro paciente, respetando en todo momento las normas establecidas por el médico.

2 Objetivos

- Definir las causas de los aislamientos hospitalarios y qué tipos de aislamientos existen.
- Dar a conocer las precauciones del celador ante los pacientes aislados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos:Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La habitación de los pacientes, incluyendo las puertas, que precisan aislamiento hospitalario, se considera una zona contaminada y las medidas que se han de adoptar en dicha habitación son:

- Los cuidados y las precauciones deben ser mayores, siempre teniendo en cuenta las normas del aislamiento.
- Los utensilios, aparataje y equipos necesarios serán solo de utilización para ese paciente.
- Exponer el tipo de aislamiento en la puerta de la habitación.
- El aislamiento puede ser domiciliario y hospitalario y los enfermos que se encuentran aislados permanecerán en esta situación hasta la curación total, tanto clínica como microbiológica.
- Lavado de manos antes de entrar y al salir de la habitación.
- Todo el personal sanitario que vaya a tener contacto directo con el paciente tiene que utilizar guantes, mascarilla quirúrgica o ffp2 y una bata antes de entrar en la zona donde se encuentre el paciente, habilitándose un espacio para el suministro de estos materiales, y una vez que salga de la zona de contacto pueda desvestirse y desechar correctamente todo el material empleado para no salir al exterior con los posibles microorganismos adheridos a la vestimenta empleada

Todas estas medidas tienen el objetivo de prevenir la exposición de los trabajadores a los riesgos biológicos para reducir el riesgo de transmisión de los patógenos, de manera que el Celador, tiene que tener en cuenta estas recomendaciones para no correr riesgos innecesarios.
A continuación, detallamos los tipos de aislamientos existentes en el ámbito hospitalario que el celador debe conocer a la hora de desarrollar sus funciones:
- Aislamiento respiratorio o de gotas: Este es el aislamiento que se utiliza en enfermedades como la varicela, sarampión, meningitis, rubeola y tuberculosis. El paciente estará en una habitación individual señalizada en su exterior con el tipo de aislamiento aplicado, y se usa para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por vía aérea. Ante este tipo de pacientes cualquier persona que se acerque a menos de 1 metro del paciente deberá llevar obligatoriamente mascarilla, guantes y realizar un buen lavado de manos al salir de la habitación.

- Aislamiento entérico: Se aplica en casos de gastroenteritis bacteriana o vírica, cólera, hepatitis A ... siendo el necesario para prevenir la transmisión por contacto directo o indirecto con heces infectadas. La persona que esté en contacto

directo con el paciente deberá llevar obligatoriamente guantes y bata que estarán dentro de la habitación.

- Aislamiento de contacto: Es el indicado en casos de herpes simple diseminado, gangrena, heridas abiertas y piodermas, de manera que el paciente estará en una habitación individual o compartida si es con alguien contaminado con su mismo microorganismo, para prevenir enfermedades infecciosas por contacto directo, ya sea con heridas cutáneas y/o secreciones. Las personas que vayan a estar en contacto con el paciente deberán ponerse bata, mascarilla y guantes.

- Aislamiento protector o inverso: Es el apropiado para proteger a pacientes inmunodeprimidos, los transplantados o los pacientes sometidos a tratamientos con quimioterapia, de manera que debido a sus bajas defensas, tendrán restricción de visitas, las cuales tendrán que ponerse guantes, mascarilla, bata, calzas y gorro antes de entrar.

- Aislamiento parenteral: Es el apropiado para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por sangre, fluidos corporales u objetos contaminados, como ocurre con enfermedades como el sida, la hepatitis B, hepatitis C, o sífilis. Es aconsejable que el paciente esté en una habitación individual, pero puede compartirla con algún otro paciente que padezca su misma enfermedad. Si hay posibilidad de estar expuesto a sangre, se deberá usar además de guantes, bata y mascarilla, y siempre: el lavado de manos antes de entrar y al salir de la habitación. Se deberá usar guantes siempre, teniendo un cuidado extremo al manipular objetos punzantes.

- Aislamiento estricto o de aerosoles: Es el empleado en enfermedades como la neumonía, la difteria, viruela, peste y rabia, debido a la existencia de aerosoles en el aire con un alto rango de difusión, quedando éstos en suspensión. Es obligatorio el uso de mascarilla, guantes, bata y calzas.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente esté aislado, es necesario proporcionar información detallada al paciente como a sus familiares sobre las precauciones específicas que tienen que tomar, como también al personal trabajador del ámbito sanitario para evitar riesgos, de manera que llevar las medidas de prevención que hemos comentado, y seguir unos protocolos especiales de limpieza, se puede evitar su propagación.

El celador es uno de los trabajadores que más se mueve por todo el hospital y que está en contacto con todo tipo de pacientes, por lo que se puede convertir en una vía fácil de transmisión de microorganismos patógenos, que pueden causar infecciones no solo a ellos mismos, sino también a los compañeros y a los propios pacientes. De ahí la importancia de seguir medidas profilácticas y de barrera necesarias para prevenir dicha transmisión.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave : celador, tipos de aislamientos, medidas preventivas ante contagiosos, paciente aislado.
2. Bases de de datos : Pudmed, Medline y Scielo.
3. www.revistamedica.com
4. Formacion Logoss.
5. https://www.redaccionmedica.com/
6. Tipos de aislamiento y precauciones universales - II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo" (congresosicepa.com)

Capítulo 447

LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO Y EL CELADOR

PILAR POVEDA LÓPEZ

DANIEL MARTÍN MARTÍN

ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

1 Introducción

El aislamiento es la separación de una persona con una enfermedad infecciosa de los demás, excluyendo a los trabajadores de la salud y al personal no médico. El paciente se mantendrá en una habitación adecuada para evitar infecciones. Las recomendaciones para el aislamiento de pacientes infecciosos comenzaron a aplicarse a fines del siglo XIX y se han perfeccionado e implementado a lo largo de los años. Estos pacientes serán aislados hasta que la enfermedad esté completamente curada. Los pacientes infecciosos deben ser tratados de la misma forma que cualquier otro tipo de paciente, y en ocasiones pacientes de edad avanzada, teniendo en cuenta los criterios de aislamiento necesarios. Las enfermedades infecciosas se pueden definir como enfermedades que involucran patógenos exógenos

orgánicamente reactivos y transmisibles. Los hospitales deben contar con procedimientos generales de control de infecciones y otros protocolos específicos para cada tipo de enfermedad infecciosa. Tenga en cuenta que no todas las enfermedades infecciosas son causadas por bacterias y la transmisión puede ocurrir de otras personas o de animales de granja. Un patógeno es un organismo vivo que requiere un huésped para su transporte. Los guardabosques entran en contacto con estos pacientes y, por lo tanto, necesitan conocer los procedimientos y estándares del hospital para cada tipo de aislamiento.

2 Objetivos

- Identificar los distintos tipos de aislamiento que puede haber en un hospital.
- Conocer las diferentes medidas a adoptar en cada tipo de aislamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: Medline, Dialnet y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Se han utilizado como descriptores de búsqueda las palabras: aislamiento, celador, contagio, infecciones.

4 Resultados

Las puertas de las habitaciones de los pacientes deben estar marcadas con información sobre el tipo de aislamiento que se está considerando y el equipo de protección utilizado tanto por el personal de enfermería como por cualquier otro profesional. Tipos de aislamiento y medidas necesarias: a. Aislamiento estricto: se utiliza para prevenir la transmisión de enfermedades que pueden transmitirse por contacto y/o infección por gotitas, como la difteria, la neumonía estafilocócica, la peste, la rabia, la viruela, la varicela. • Material necesario: mascarilla (utilizar antes de entrar), gorro, bata, guantes y calzas. • Todos los materiales serán hechos a mano, excepto la máscara. • Toda la ropa se quitará antes del envío, excepto las máscaras, que se quitarán al momento de la entrega. 2. Aislamiento inverso: tratar de proteger a pacientes inmunocomprometidos, quemaduras superiores al

25%, pacientes en injertos de cama, etc. • Antes de entrar a la habitación se utilizará: delantal, guantes estériles, gorro, mascarilla y polainas, que se quitarán al salir de la habitación. 3. Contacto: se refiere a enfermedades infecciosas transmitidas por contacto directo, posible contacto con heridas y lesiones cutáneas, contacto con secreciones orales (vapor gangrena, quemaduras menos del 25%, heridas herida abierta). • Incluido para todos los profesionales en contacto directo con el paciente: bata, mascarilla y guantes. • Todo se preparará en la habitación y se limpiará antes de salir de la habitación. Aislamiento de la vía aérea: utilizado para prevenir la propagación de enfermedades de transmisión aérea: varicela, rubéola, sarampión, tuberculosis, etc. • Incluye: Uso obligatorio de mascarillas por personal médico, no médico y visitantes. • Usar mascarilla al entrar a la habitación y quitarla al salir. 5. Aislamiento por inyección: diseñado para prevenir la propagación de enfermedades transmitidas por sangre o líquidos (hepatitis B y C, SIDA, sífilis, malaria). • Se requieren guantes, máscaras y delantales en caso de contacto con gafas de sangre. 6. Aislamiento intestinal: prevención de la propagación de enfermedades causadas por el contacto directo o indirecto con las heces de una persona infectada (cólera, fiebre tifoidea, hepatitis A, ameba). • Las personas que entren en contacto directo con el paciente deben usar delantal. • Use guantes cuando toque cualquier material que pueda estar contaminado.

5 Discusión-Conclusión

Es imperativo que los guardias, así como otros profesionales, estén familiarizados con los protocolos utilizados para cada tipo de cerradura. Evidentemente, la infección no está en manos del personal médico y no médico, por lo que es fundamental y necesario utilizar el equipo de protección adecuado en cada caso. Los empleados deben considerar algunas pautas generales, tales como:
- Vacúnese contra la hepatitis B. - Evite lesionarse con objetos o herramientas contaminados. - Use contenedores cerrados y no destructivos para descargar y traer la siguiente muestra. - Use guantes, máscaras, zapatos, faldas, vasos y sombreros de acuerdo con el tipo de aislamiento descrito anteriormente.

6 Bibliografía

1. Ferreiro, I. y otros (2018). Medidas de protección individual y colectiva para el personal sanitario ante los distintos tipos de aislamientos en el medio hospitalario [revista].

2. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de salud y servicios sanitarios. Servicio de salud de Principado de Asturias. https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-aislamiento-parapacientes-con-infecciones-transmisibles

Capítulo 448

EL CELADOR Y SU COLABORACIÓN EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO

CARMEN GALLEGO LOPEZ

ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO

CRISTINA HIDALGO SIMARRO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO

1 Introducción

Cuando el paciente está hospitalizado, lo normal es que su ánimo o autoestima suela verse afectada por el dolor que puede estar sufriendo, el miedo, la inseguridad de lo que pueda pasar, el estar lejos de su familia y de su casa… es por ello que una de las cosas que mejor le harán sentir, es la sensación de limpieza e higiene en su cuerpo. Así, la higiene tiene como finalidad preservar la piel y las mucosas en buen estado, ya que como sabemos tienen una función protectora.
Al realizarse el aseo se persiguen una serie objetivos:
- Reducir el desarrollo bacteriano, evitando así que aparezcan infecciones
- Estimular la circulación sanguínea, y mantener la piel en buen estado, comprobando en todo momento que no se producen ulceras por presión.
- Eliminar las células muertas y suciedad evitando el mal olor.

- Colaborar al bienestar físico y psíquico del paciente, mejorando la calidad de vida del paciente.
- Disminuir la temperatura corporal en caso de fiebre.

Cuando por el estado de salud del paciente no pueda realizarlo por si mismo, o por una causa específica, el paciente deba guardar reposo, el aseo se realizará en la cama, llevándose a cabo normalmente entre dos técnicos auxiliares de enfermería y si fuera preciso con un celador, a veces dada la falta de personal, en la práctica se suele hacer entre un técnico auxiliar de enfermería y un celador. Debemos recordar un trato cercano con el paciente ya que es una situación incómoda para él por lo que conservaremos en la medida de lo posible su identidad.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la colaboración del celador en la higiene y aseo del paciente hospitalizado.
- Describir el procedimiento adecuado para realizar la higiene y el aseo, asi como los beneficios para el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El aseo de la persona que se encuentra hospitalizada, puede ser de dos formas:
1/ Parcial : el que se refiere al aseo bucal, capilar, y genital.
- Con el aseo bucal se mantiene la boca del paciente limpia para prevenir infecciones y evitar malos olores, sequedad, grietas en los labios y lengua.
- El aseo capilar en los pacientes que se encontraran encamados, o la mayor parte del tiempo, se debe hacer al menos una vez por semana y siempre que sea necesario, acudiendo a la posición de Roser, la cual estará contraindicada en los casos de: pero está contraindicada para casos de: pérdida de líquido cefalorraquídeo, aumento de la presión intracraneal, incisiones abiertas en cuero cabelludo, traqueotomía, dificultad respiratoria o lesiones cervicales.

- Con el aseo genital, se trata de evitar infecciones urinarias, ulceraciones, además de proporcionar al paciente la sensación de bienestar.

2/ General pudiendo ser: en ducha o bañera, con la característica del aseo al paciente encamado:

- El aseo en ducha o en la bañera se utilizada cuando el paciente es autosuficiente o requiere mínima ayuda, para ello se pondrá a su disposición todos los elementos necesarios como : jabón líquido, esponjas, una toalla para la cara y otra para el cuerpo, ropa para el paciente (camisón o pijama, bata y zapatillas) .
- Aseo del paciente encamado, se realiza en pacientes que conservando o no la movilidad, deben permanecer en cama. El protocolo de actuación es: enjabonado, enjuagado/ aclarado y secado. El orden de aseo será: cara, cuello y hombros, brazos manos y axilas, tórax y mamas, abdomen, pierna y pies, espalda y nalgas y por último la región genital.

Cuando se realizan estas tareas, siempre habrá que velar por la máxima seguridad para el paciente en lo que se refiere a la existencia de drenajes, vias, catéteres, … para evitar desconexiones y siempre cuidando su intimidad y dignidad.

Existen unas normas generales al realizar el aseo, que el celador tendrá en cuenta para vigilar que se cumplan, ayudando al TCAE durante todo el proceso:

1. Normalmente se realizan por las mañanas, pero también siempre las circunstancias lo aconsejen.
2. Siempre se explicará lo que se va a hacer al paciente, pidiendo su colaboración en lo que se pueda.
3. Debe observarse que no hay corrientes de aire que incidan directamente sobre el paciente.
4. Comprobar que la temperatura del agua sea entre 37º y 40ºC, salvo indicación contraria, y que haya una temperatura ambiente adecuada, sobre 24ºC.
5. Preparar todo el equipo necesario para el aseo antes de comenzar.
6. Lo ideal es que se aísle al paciente mediante un biombo para proteger su intimidad, o echando las cortinas.
7. Los jabones utilizados no deben irritar la piel y que tengan ph neutro.
8. Se aprovechará el aseo, para observar el estado de la piel del paciente observando si tiene alguna patología o nueva alteración, estando atento para que no quede desnudo mucho tiempo para no enfriarse.
9. Debe procurarse que no se mojen los apósitos, cuidando que no se produzcan desconexiones.
10. Una vez terminado, se aprovechará para cambiar las sabanas, llevar a cabo cambios posturales, ayudar a levantarlo o sentarlo en el sillón.
11. Debemos seguir entre paciente y paciente las correctas normas de asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente está ingresado, es primordial que lleve una buena higiene, ya sea por si mismo, o si estuviera encamado o no pudiera llevarlo a cabo, que se lo realice el técnico auxiliar de enfermería, con la ayuda del celador, ya que es bueno tanto física como psicológicamente, debido a que así se evita que puedan proliferar bacterias, ayudando a relajar el organismo, se ayuda a la circulación sanguínea, sintiendo la sensación de bienestar que se produce tras el baño .
El celador ayudará al TCAE a velar por el cumplimiento de una serie de normas, para garantizar que se realiza de una forma satisfactoria y segura para el paciente, velando para que no existan corrientes de aire que puedan enfriarlo, siguiendo un orden corporal, manteniendo una buena temperatura del agua, respetando la intimidad del paciente en todo momento, etc.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave: celador, higiene paciente hospitalizado, técnicas de aseo del paciente.
2. https://es.slideshare.net
- Protocolo de higiene personal del paciente;
3. infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/protocolo_aseo_-encamado.doc.
4. https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/.
5. Formacion Logoss.

Capítulo 449

EL CELADOR Y SU LABOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y EL MORTUORIO

ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO

CARMEN GALLEGO LOPEZ

ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO

CRISTINA HIDALGO SIMARRO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO

1 Introducción

La muerte se produce cuando se paralizan todas las funciones vitales del paciente, y su certificación es tarea exclusiva del personal facultativo, un evento que en el argot sanitario se denomina " exitus ", a partir de ese momento comienza el protocolo de amortajamiento de la persona fallecida que se ha de realizar con la mayor intimidad y celeridad posible para evitar el rigor mortis. El cadáver será conducido en todo momento por el celador de la unidad de anatomía patológica a la sala de autopsias, pudiendo suceder dos situaciones :
1/ La autopsia no se realiza de forma inmediata: se guardará en la cámara frigorífica verificando la identificación.
2/ La autopsia se realiza inmediatamente tras certificarse la defunción: se colocará el cadáver directamente en la mesa de autopsias teniendo siempre en cuenta las instrucciones del equipo de trabajo de esta unidad

La autopsia es la disección y examen de los órganos, tejidos, y huesos de una persona fallecida para saber la causa de la muerte, éste examen tiene carácter obligatorio en casos como: suicidio, o causa desconocida, cuando una persona muere a las 24 horas de su ingreso en el hospital o muerte por homicidio. En los casos de muerte violenta o en la que existan indicios de criminalidad, resulta obligatorio proceder a la autopsia del cadáver antes de su enterramiento o incineración, tal y como establece el artículo 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
Los celadores tienen funciones que son muy distintas en este servicio, como por ejemplo, ayudar en todo momento con funciones auxiliares al medico anatomopatólogo o médico forense, y colaborar con los profesionales titulados en todas aquellas prácticas que no impliquen en ningún caso hacer uso del instrumental sobre el cadáver.

2 Objetivos

- Delimitar las principales funciones que desempeña el celador antes, durante y después de una autopsia clínica.
- Describir la estructura y las características que ha de cumplir la sala de autopsias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según el RD 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas, la sala de autopsias, situada en el servicio de anatomía patológica del hospital, tendrá una serie de características:
- Estará provista de: desagüe accesible, ventilación directa o forzada y extractores de aire ,sistema de aspiración, sistema de balanza, agua corriente caliente y fría, iluminación eléctrica, mecanismo antirretorno
- Debe medir un mínimo de 20 metros cuadrados.

- Dispondrán de vestuarios y servicios dotados de retretes, lavabos y duchas.
- Los suelos deben ser impermeables de fácil limpieza, con los techos lisos de material lavable, y los desagües evitarán la salida de olores.
- La mesa de autopsias medirá 2 metros de longitud por 0,75 metro de ancho y ésta podrá ser de mármol, granito o de acero inoxidable.
- La iluminación oscilar alrededor de los 350 a 500 lux, en las zonas de trabajo.
- Dispondrán de agua fría y caliente, debiendo existir un circuito específico para cada una de ellas.
- Un sistema de climatización artificial que facilite una rápida y eficaz eliminación de olores.
- Después de cada jornada de trabajo, o cuando las circunstancias lo requieran, se procederá a la limpieza y desinfección de todos los materiales empleados.
- Se usará uniforme, batas, gorros, delantales de goma, gafas o máscara integral y guantes, para evitar cortes o la propagación de infecciones.
- La mesa de autopsias, tendrán un diseño sencillo, de acero inoxidable, con bordes sobreelevados o de piedra.
- Existirá un sistema de drenaje y una manguera con rociador.
- SE dispondrá de una mesita anexa para colocar los objetos necesarios en el proceso, así como también otra para practicar los cortes de las vísceras.

A continuación desarrollaremos las funciones del celador en los tres momentos importantes de la sala de autopsias :
1/ Antes de la autopsia.
- Sacar el cadáver de la cámara frigorífica, si estuviera, o sacarlo de la planta donde estaba ingresado, y llevarlo a la sala perfectamente identificado, con nombre y apellidos en un lugar visible del cuerpo del fallecido, así como prepararlo quitándole la mortaja, y colocándolo en la posición correcta en todo momento en la mesa de autopsias.
2/ Durante la autopsia.
-Ayudar al equipo en todas aquellas prácticas que no impliquen en ningún caso hacer uso del instrumental sobre el cadáver, realizando los movimientos que indique el facultativo
- Pesará los órganos, tomar anotacione,s así como introducir en cubos herméticos los restos humanos que le requiera el médico forense para su traslado.
- Rellenar el cuerpo con papel antes del cierre del cadáver.
3/ Después de la autopsia.
- Asear al cadáver una vez efectuada la autopsia, y amortajarlo.
- El celador también se encarga de limpiar la sala, la mesa de autopsia y los materiales que se usaron para la misma.

-Por ultimo, llevará las muestras recogidas en la autopsia al servicio de anatomía patológica, repartiendo el resultado de las biopsias y demás pruebas realizadas entre los diferentes servicios del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La realización de autopsias, requiere de un protocolo estricto para que no se produzcan errores, para que todo el entorno se encuentre limpio y desinfectado, con las instalaciones adecuadas al trabajo que se va a desarrollar, asegurando en todo momento la dignidad y el respeto hacia la persona. Este proceso se inicia cuando se produce el exitus del paciente, momento en el que el celador saca el cadáver del depósito, o de la habitación donde se encuentre, cerciorándose siempre de su identidad.
El celador ayuda en el proceso de autopsia, debiendo actuar con seriedad y atención para no causar problemas que ralenticen el trabajo del forense, siendo unas funciones auxiliares pero de gran relevancia para el buen resultado del proceso, debiendo de colaborar en todo momento a las instrucciones dadas por el personal médico, cumpliendo la premisa de no utilizar instrumental sobre el cadáver.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: anatomia patologica ,celador, funciones en la sala de autopsias,.
2. Plataforma Logoss.El celador la sala de autopsias.
3. Celador. Editorial MAD.
4. RD 2230/1982, de 18 de junio
5. revistamedica.com/funciones-celador-exitus-mortuorio-autopsias
6. celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html

Capítulo 450

EL SERVICIO DE ALMACÉN EN CENTROS SANITARIOS Y EL CELADOR

PILAR POVEDA LÓPEZ

DANIEL MARTÍN MARTÍN

ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

1 Introducción

En este capitulo vamos hablar de una de las zonas que forman parte de un hospital , normalmente se encuentra en los sotanos ,y es donde se almacena toda la mercancia que un hospital necesita en su dia a dia , tambien podemos encontrar la zona de mantenimiento. El almacén del hospital es un lugar para almacenar todos los suministros que no están listos para su uso inmediato, así como un destino temporal para las compras hasta que se agoten. El almacenamiento de este documento requiere que se sigan ciertas reglas para mantener las medidas de seguridad y orden. Por lo tanto, almacenar significa colocar, almacenar y controlar la cantidad de inventario en él. Para el control de los materiales en el almacén, el inventario se realiza a través del inventario, de manera que estemos informados sobre el estado de importación, exportación e inventario. Es muy importante

tener el control correcto de todo el documento y abandonar el almacén, ya que depende del funcionamiento correcto de los hospitales y del centro médico con suficientes materiales de trabajo o protección. Trabajo personal. Actualmente, hay dos tipos de almacenes en hospitales o centros médicos donde trabajan en guardias, una revista de farmacia y logística.

2 Objetivos

Explicar las diferentes funciones del celador en el ámbito de la logística o lo que es lo mismo, en los almacenes 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

La tarea principal del jefe de almacén es controlar los pedidos que ha realizado el hospital. Él te entregará y te proporcionará los materiales que normalmente necesitas. Las funciones más importantes que desempeñará un trabajador de almacén son:
- Tras realizar el pedido, el personal de atención al cliente acudirá a recoger la mercancía. Para lograrlo, será el encargado de aceptar o rechazar y así controlar los pedidos. Los pedidos se rastrearán verificando la cantidad solicitada y los materiales o paquetes recibidos para ese pedido se contarán para garantizar que no falte nada. - El personal es responsable de cargar y descargar mercancías en el almacén con cuidado. Las órdenes de almacenaje pueden ser de dos tipos:
- Colocar cada artículo en un lugar específico: este tipo de ordenamiento es muy conveniente para encontrar rápidamente un ingrediente específico, ya que siempre estará colocado en el mismo lugar. - No predeterminar espacio para ningún artículo: La forma de organizar este almacén es colocar artículos y materiales en cualquier lugar de acuerdo a su tamaño. La desventaja de este tipo de almacenamiento es que el material está desorganizado y es más difícil de encontrar,

pero se maximiza el espacio disponible porque los materiales se colocarán por volumen. Existe otro tipo de almacenaje mixto donde se dedica espacio a los productos, pero no siempre los mismos. El vigilante entregará los materiales y productos solicitados con un recibo, el cual deberá ser firmado por el responsable. Cuando se ordene, los celadores , antiguamente guardias , serán los encargados de realizar la organizacion de todo en los almacenes. Para lograr este objetivo, prepararán estos pedidos y los entregarán en su destino. Realizarán un inventario diario tanto de los insumos como de los productos fabricados.

5 Discusión-Conclusión

El celador de almacén debe hacer el reparto de material de manera rápida y efectiva, por lo que debe ser resolutivo a la vez que efectivo y seguro en su puesto de trabajo. La función de los celadores de almacén es indispensable para el buen funcionamiento del hospital o centro médico, puesto que son los encargados de hacer llegar a todas las unidades el material necesario para que este esté abastecido de todo lo necesario para trabajar y atender a los pacientes. Los celadores de almacén son los encargados de toda la logística de los hospitales y centros médicos actualmente.

6 Bibliografía

1. http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html
2. https://revistamedica.com/almacen-hospitalario-celador/
3. https://congresosicepa.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/

Capítulo 451

TRABAJO SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y CATASTROFES

INES FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

Lo primero que tenemos que tener en cuenta es la diferencia entre urgencia sanitaria y emergencia sanitaria y entre catástrofe y desastre.
Una urgencia sanitaria es una situación en la que la vida de la persona no corre un riesgo inmediato. Una emergencia es una situación en la que la vida de la persona corre peligro de manera inmediata. Por esto, podemos decir que una emergencia sanitaria se produce cuando la vida y la salud del paciente se encuentra ante una amenaza inmediata que la persona no preveía y no puede salir de esta situación por ella misma, sin necesidad de pedir ayuda a terceras personas. En estas situaciones se deben tomar medidas urgentes y de manera eficaz.
Una catástrofe, según la OMS, sería cualquier fenómeno que provoca daños o bien como pueden ser perdidas de vida o bien afecta a nivel económico, medioambiental o a nivel sanitario y por lo tanto se debe de dar una respuesta extraordinaria.
Por otra parte, un desastre, según la OMS, sería una situación de amenaza imprevista, como cualquier situación de salud pública que pone en peligro la vida o salud de una cantidad significativa de personas y exige la acción inmediata.
En las emergencias colaboran varios grupos de profesionales, estos son los que se encargarán de poner en funcionamiento diferentes dispositivos o recursos necesario ante los riesgos o sucesos acontecidos.
Cuando un suceso lleva a una situación de riesgo, para una comunidad o un gran número de personas, es necesaria la implicación de profesionales especializados que actúen de manera multidisciplinar y en coordinación.

2 Objetivos

Conocer la labor del trabajador social en situaciones catastróficas o de emergencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Desde el trabajo social se precisa de una intervención eficaz, sin demoras y lo más resolutiva posible.
En función de la magnitud del suceso, podemos encontrarnos diferentes reacciones psicológicas similares en función de las consecuencias, que pueden ser imprevisibles y accidentales, encontrándonos así situaciones con las que tenemos que lidiar de manera rápida y siendo lo más objetivo posible. No a todas las personas les afecta por igual una situación o un acontecimiento en concreto, aunque pueda ser similar. Hay muchos factores influyentes como por ejemplo la educación de la persona, sus hábitos, las habilidades de comunicación y las habilidades a la hora de resolución de conflictos, los recursos con los que cuenta la persona o su alrededor para poder hacer frente a esa situación, la salud, estabilidad emocional, etc.
La intervención desde el trabajo social debe estar presente desde un principio, participando en la elaboración de protocolos para que en el momento en el que esa situación se dé, el profesional actúe rápido, con conocimientos sobre lo que está sucediendo y dando pasos firmes, así como el conocimiento sobre los profesionales en los que podría apoyarse para una atención integral de la persona mediante un trabajo en coordinación y en conjunto. La intervención multidisciplinar facilitará un abordaje del problema desde diferentes áreas de actuación.
El acompañamiento y el apoyo a la persona es una parte fundamental del proceso, donde vamos a respetar la toma de decisiones y fomentar todas las capacidades

que tiene la persona para motivarla, así como orientarla o informarla de las alternativas a las que puede optar.
Las funciones a desarrollar serían las siguientes: dar información, organizar y preparar a la persona para las posibles consecuencias de la situación, acoger y acompañar, terapia de crisis y elaboración de informes sociales.
Esto hará que la persona tenga un seguimiento y un abordaje integral desde diferentes áreas de actuación que se hayan visto implicadas y que estén en continua coordinación para hacer un seguimiento del caso adecuado.
En estos momentos de crisis de la persona, la respuesta que debe llevar a cabo el profesional tiene que ser rápida y eficaz acorde a las características de la situación y de la persona.

5 Discusión-Conclusión

El papel de los trabajadores sociales, es necesario sobre todo a la hora de mejorar la situación de las personas que se han visto afectadas. Desde la experiencia en este tipo de sucesos, he de destacar que es de vital importancia el trabajo en equipo y coordinado, siempre desde el respeto hacia los otros miembros contribuyentes, nunca se debe hacer una intromisión en el trabajo ajena y esto se puede conseguir realizando un buen seguimiento de los casos, teniendo un plan de actuación e intervención consensuado y mediante una buena comunicación entre profesionales. La intervención con la persona debe ser individualizada y desde un abordaje integral, un modelo y actuación centrados en la persona.
Actualmente, desde los centros sanitarios, las personas en una situación de crisis son derivadas por el personal sanitario al trabajador social de referencia para, esto favorece una mejor coordinación y que cada especialista aborde cada problemática de la persona acorde a los recursos que dispone y con rigurosa profesionalidad.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2020). Manifiesto de la AETSyS. El Trabajo Social Sanitario ante la emergencias sanitaria decretada por la pandemia de la COVID-19. Madrid, España: Asociación Española de TS y Salud. Recuperado de http://www.aetrabajosocialysalud.es
- Consejo General del Trabajo Social (2020). Recomendaciones del Consejo General del Trabajo Social para los Servicios Sociales ante la situación del COVID-19

y la post-crisis. Madrid, España. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1PhB7HZ7XF7MqVNamZYJOXU4in0RugwDW/view

Capítulo 452

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD: HIGIENE POSTURAL: DOLENCIA DE ESPALDA

ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA

PAZ DÍAZ GONZÁLEZ

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

1 Introducción

En el trabajo de los auxiliares administrativos la persona realiza tareas que conllevan el tratamiento de información a través de soporte electrónico, por lo cual gran parte de su jornada laboral es sentado y en la misma posición. En muchas ocasiones por acabar pronto la actividad o incluso por malos hábitos se sufren lumbalgias, dolores articulares y, con el día a día, esas lesiones van aumentando. En este proyecto vamos a indicar maneras para prevenir el dolor o molestia.
De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, es un síndrome doloroso en la parte baja de la espalda y cintura. Según su duración, la lumbalgia se clasifica en: Aguda: de inicio súbito y duración menor de 6 semanas. Subaguda: tiene una duración de 6 a 12 semanas. Crónica: de 12 semanas.
La lumbalgia es una queja frecuente. Alrededor del 70 u 80% de las personas presentará esta dolencia en alguna etapa de su vida. Su importancia radica en la incapacidad que provoca para continuar desarrollando actividades cotidianas, así como por la incapacidad laboral que origina y la merma de calidad de vida.

Afecta por igual a hombres y mujeres, con más frecuencia entre los 30 y 50 años. Es la causa más común de discapacidad relacionada con el trabajo en gente menor de 45 años y la que más gastos médicos genera en términos de compensación a los trabajadores.

2 Objetivos

• Solicitar citación para ir al médico correspondiente de Atención Primaria.
• Conocer las diferentes actividades convenientes a realizar por los auxiliares administrativos para evitar el dolor y conseguir espalda sana.
• Describir que ejercicios pueden ser beneficiosos para evitar lumbalgias y dolor de espalda.

3 Metodología

Para la elaboración de la presente investigación, se realizó una revisión bibliográfica consistente y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet, y en buscadores (Google académico, Google Scholar) en bases de datos (Cochrane, Dialnet, Pubmed, Medline, Scielo).

4 Resultados

La postura habitual del trabajo de los auxiliares administrativos, suele ser la de sentado en su mesa para visualizar datos o escribir con el ordenador.

Los principales riesgos están directamente relacionados con las posturas o movimientos realizados en el manejo con el ordenador. Por otro lado permanecer continuamente sentado comportará una postura estática que, además de afectar a la circulación sanguínea, puede conllevar estrés, problemas musculares, problemas de huesos y/o problemas articulares.
Para lograr mantener una postura sana es necesario controlar y adaptar una serie de factores como son: la superficie de trabajo, la silla de trabajo (silla que nos ayude a soportar el peso de la columna vertebral, para ello también deberemos ajustar la altura de la silla de forma que los muslos queden paralelos al suelo y apoyando la base de los pies perfectamente en el suelo),
La ubicación de la pantalla del ordenador, la colocación del teclado, el ratón y su utilización según las normas establecidas. Advertir las posturas que tiendan a curvar la espalda, hundirla o torcerla. La posición de erguido significa que la

columna vertebral adopte una posición natural en forma de “S”. Dicha posición se consigue llevando los hombros suavemente hacia atrás.

Para evitar las dolencias típicas (dolor en la zona cervical, dolor de espalda en la zona lumbar, dolor en hombros y brazos, dolor en las muñecas) de los auxiliares administrativos es recomendable, además de aplicar las medidas expuestas anteriormente, la práctica de ejercicio físico, ya que éste permite mantener un tono muscular adecuado que ayude a prevenir la alteraciones osteomusculares, y también a liberar la tensión acumulada durante sus tareas a desempeñar con el ordenador en el ámbito de la salud.
Se exponen algunos ejercicios sencillos para poder realizar en el sitio de trabajo.
Indicaciones para conseguir una postura corporal correcta

Realizar movimientos lentos con el cuello; mirando hacia un lado y al otro, levantado la cabeza para intentar tocar el hombro con la oreja varias veces con un lado y después con el otro lado, haciendo giros suaves con la cabeza de un lado para el otro y viceversa.
Levantarse para caminar unos minutos.
Hacer estiramientos para los músculos de la espalda.
Hacer movimientos con los brazos
Hacer movimientos rotatorios con las muñecas.
Tener una alimentación sana y saludable.

5 Discusión-Conclusión

Mantener una postura corporal saludable, es decir tener la alineación correcta de la columna vertebral en relación con la cabeza, brazos y piernas; durante las actividades cotidianas, no sólo ayuda a prevenir dolores de cuello, espalda, cintura, sino también a evitar que esos problemas se intensifiquen con el tiempo, ya que cuando alguna zona del cuerpo humano presenta un daño se expresara dolor y bajo rendimiento.

La mejor manera de prevenir este riesgo laboral de los auxiliares administrativos concretamente el dolor de espalda es, prestar atención al cuerpo evitando cargar pesos o hacerlo de la forma idónea según los conocimientos de Prevención de Riesgos Laborales y solicitando a su encargado si lo necesita material de ergonomía para que su puesto de trabajo se le adapte individualmente, hacer ejercicio para desarrollar la musculatura de la espalda, para calmar o eliminar la

dolencia, mantener un estilo de vida saludable, y si a consecuencia ha tenido que visitar la consulta del facultativo seguir las recomendaciones.

6 Bibliografía

1). Lumbalgia o dolor de espalda baja - Artículos - IntraMed

2). Revista en enfermería cyl; http://revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/
article/viewFile/107/85

Capítulo 453

ACTUACIÓN DE CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ

MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO

SILVIA COLETO MUÑOZ

SARA GÓMEZ LÓPEZ

1 Introducción

La ley general de salud del 25 de abril de 1986 tuvo por objeto reconocer al enfermo mental con el mismo derecho a la atención de la salud que cualquier otro paciente, por lo que entendemos por psiquiatría, se trata de la psicología de estas unidades de internamiento. a nivel de hospital de salud. Para alcanzarlos, hay que superar
, diagnóstico y tratamiento más temprano en atención primaria. Considerando el papel de apoyo del cuidador en diferentes áreas de la unidad de tratamiento, se debe enfatizar que este es un pequeño cambio en la psiquiatría, que no es tanto una función del cuidador, sino más relacionada con las peculiaridades del territorio. en sí mismo, porque son áreas institucionales de hospitalización donde, en comparación con el resto del centro de salud, los regímenes de tratamiento y el estado de los pacientes cambian por completo. Las funciones de la figura del ”niño” en las que se apoyaba el antiguo asilo mental serán las funciones que ahora realizan los guardias y, como veremos, seguirán siendo parte esencial de una unidad de salud mental que funcione con normalidad. Sus responsabilidades

incluyen monitorear a los pacientes contra posibles agresiones y autolesiones, trabajando con equipos profesionales para reducir los trastornos de ansiedad.

2 Objetivos

Conocer e indicar el papel y funciones del celador en la Unidad de Psiquiatría y Salud mental de las unidades que hay en los hospitales

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
Palabras Clave: Psiquiatría, celador, instituciones sanitarias, pacientes.

4 Resultados

En psiquiatría, la imagen del cuidador es sumamente importante en cualquier institución médica. Entre las principales funciones de este servicio, destacan las siguientes funciones de seguridad:
- Supervise las puertas de entrada, controle las entradas y salidas, permita la entrada solo al personal autorizado y tenga cuidado de no introducir alimentos, bebidas o artículos potencialmente peligrosos o no autorizados. - Trabaje con el resto del personal para garantizar que los artículos y la ropa no sean maltratados ni dañados por los pacientes. Tramitan y ejecutan sin dilación las comunicaciones verbales, los documentos y los objetos que les encomiendan los superiores. - Transferirán determinados equipos o muebles de unos servicios a otros. - Cuidará el entorno del paciente, creando un buen ambiente de luz y sonido, subirá las persianas por la mañana y bajará las persianas por la noche. - Vigilar el orden y la armonía del paciente. - Continúa siendo lo más silencioso posible en todas las batallas de unidades, siguiendo los horarios de sueño. - Gestionar la estancia y circulación de familiares y visitantes en las salas y zonas comunes, así como evitar cualquier conducta que perjudique a los pacientes o al orden de la sala. - Ayudarán en los aseos a aquellos pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos.
- Velarán por la higiene personal de todos los pacientes y promoverán el ajuste

adecuado de la ropa. - Será responsable de la recogida en la farmacia, incluido el traslado de medicamentos desde la cama hasta la farmacia. - Acompañamiento de pacientes y personal sanitario en los paseos fuera del hospital. - Estimular la actividad física del paciente. - Control de la oferta y el consumo de tabaco. - Cooperar con los profesionales de la salud para realizar el control mecánico de pacientes agitados. - Traslado de pacientes al departamento y centro y, en su caso, consulta a otras instituciones.

5 Discusión-Conclusión

Queda patente tras este estudio que la figura del celador psiquiátrico se dibuja como un profesional que comparte las unciones generales de cualquier otro celador, pero que además se encarga de otras específicas de valor fundamental . El paciente psiquiátrico es a menudo una persona que requiere más paciencia y comprensión que otro el usuario "común" de una institución sanitaria, por lo que el celador que esté en contacto casi continúo con él ha de ser una persona que entienda las peculiaridades de este tipo de pacientes, por lo tanto es sumamente importante tener empatía y respeto hacia la situación de cada paciente.

6 Bibliografía

1.http:// celadoresonline.blogspot.com/ p/tema-25-actuación-del-celadoren.html
2.https:// fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-psiquiatría

Capítulo 454

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON DOLOR POSTQUIRÚRGICO

FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ

MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO

SILVIA COLETO MUÑOZ

SARA GÓMEZ LÓPEZ

1 Introducción

En este capitulo vamos hablar sobre como apesar de los avances tecnológicos y farmacológicos, el dolor postoperatorio agudo (DPA) sigue siendo un desafío para la medicina moderna.
Unas de tantas cosasa que puede aportar el personal sanitario es una correcta forma de manejar a los pacientes para intentar que el dolor no este mas presente . En la cirugía mayor ambulatoria (MOS), el dolor postoperatorio es una de las barreras más importantes para la expansión a nuevos procedimientos y uno de los mayores desafíos para anestesiólogos y pacientes. Una de las razones más importantes que impiden el manejo adecuado de la DAP es la deficiente capacitación de los médicos y personal no médico que interfieren con los procedimientos ambulatorios y hospitalarios, la capacitación de los pacientes y sus cuidadores es deficiente y falta una estructura organizativa que promueva la implementación. de regímenes de manejo del dolor muy apropiados. El dolor postoperatorio fue el máximo representante del dolor agudo en los pacientes que salen del quirófano del hospital. En el tratamiento del dolor postoperatorio se aplican varios

métodos de rehabilitación temprana para minimizar los efectos secundarios del tratamiento y facilitar la recuperación. En este capítulo aprenderá muy bien cómo tratar el dolor después de la cirugía con algunos consejos. Estas recomendaciones son muy importantes para que el cuidador sepa cómo tratar al paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Aprender qué es el dolor postoperatorio o postquirúrgico.

Objetivos secundarios:
- Comprender qué es la analgesia multimodal.
- Aprender que es la Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Conocer recomendaciones para manejar el dolor postoperatorio.

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

Según la Asociación Española de Cirujanos Ambulatorios de Atención Primaria (ASECMA),
La cirugía ambulatoria primaria (MAS) es el método preferido de atención al paciente en muchos procedimientos quirúrgicos, lo que garantiza calidad, eficiencia y seguridad para los usuarios. El dolor postoperatorio se puede definir como aquel que se presenta de forma inmediata, por un tiempo limitado, y se produce como consecuencia de estímulos nocivos provocados por la intervención quirúrgica en diversos tejidos y órganos. Se caracteriza por el hecho de que su intensidad alcanza su punto máximo en las primeras 24 horas y luego disminuye gradualmente. Tome una medida perioperatoria
(dolor, náuseas, vómitos y trombosis venosa, etc.) deben ser tenidos en cuenta por los profesionales sanitarios y otros especialistas ya que contribuyen a la satisfacción y comodidad del paciente. El tratamiento adecuado del dolor posoperatorio

agudo tiene como objetivo facilitar la recuperación posoperatoria, minimizar las molestias del paciente y evitar complicaciones dolorosas fatales. Un buen control del dolor posoperatorio es esencial en la atención perioperatoria, y el tratamiento eficaz se asocia con una reducción de las complicaciones posoperatorias y la duración de la estancia hospitalaria. Las recomendaciones para el alivio del dolor posoperatorio agudo incluyen el uso de analgesia multimodal, intravenosa y epidural para procedimientos específicos. La analgesia multimodal es una combinación de diferentes medicamentos y métodos de alivio del dolor para reducir la dosis y los efectos secundarios. Las epidurales son más efectivas para controlar el dolor dinámico, prevenir el estrés intraoperatorio y restaurar el tránsito intestinal durante la laparotomía durante una cirugía abdominal mayor. La analgesia intravenosa controlada de los pacientes durante la cirugía laparoscópica mayor es adecuada para todos los tipos de cirugía y es un factor importante para reducir las complicaciones y la duración media de la estancia en la cirugía aguda (cirugía multimodal).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos decir que se han descubierto algunas técnicas analgésicas en el período de recuperación postoperatoria temprana, que pueden reducir los efectos secundarios de la cirugía y promover la recuperación de los pacientes. Además, el tratamiento adecuado del dolor posoperatorio puede mejorar la calidad de la atención hospitalaria y es un factor en el desarrollo del dolor posoperatorio crónico, cuya aparición reduce la calidad de vida de los pacientes y es significativa. El uso de la analgesia multimodal se ajustará a la intensidad del dolor, las especificidades del procedimiento y el régimen de hospitalización recomendado, lo que mejorará el manejo del dolor postoperatorio. La analgesia epidural proporciona una excelente calidad analgésica, reduce la morbimortalidad postoperatoria y previene complicaciones.

6 Bibliografía

1. Esteve-Pérez, N., Verd-Rodríguez, M., Ribera-Leclerc, H., Mora-Fernández, C., & Sansaloni-Perelló, C. (2017, junio). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Scielo, 24(3). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000300132

Capítulo 455

EL CELADOR EN LA PLANTA GERIÁTRICA

FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ

MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO

SILVIA COLETO MUÑOZ

SARA GÓMEZ LÓPEZ

1 Introducción

En un período de crecimiento exponencial de la población anciana, aunque el número de celadores a menudo se pasa por alto o incluso se subestima, resulta que es esencial para brindar una atención médica adecuada a los pacientes ancianos que necesitan ser hospitalizados, incluyendo dentro de las atenciones: traslados intrahospitalarios o interhospitalarios, movilizaciones continuas, cambios posturales, etc.

En resumen, los celadores, no siendo personal sanitario, requieren seguir formándose y tener habilidades versátiles. Requieren capacitación basada en la naturaleza de la categoría y de acuerdo con lo establecido en el "Estatuto del Personal No Sanitario" que atiende a las instituciones de seguridad social y salud el 5 de julio de 1971. Antes de comenzar a trabajar, los celadores se encontraban en una situación de aprendizaje improvisada. Innumerables veces, esto puede ser perjudicial para la atención médica general, especialmente para los ancianos.

Los ancianos corren el riesgo de contraer ciertas enfermedades crónicas relacionadas con la edad. Por lo tanto, cuando trabajamos en el departamento de

atención a personas mayores o cuidamos a familiares, debemos comprender toda la información relativa a las necesidades y enfermedades de las personas mayores y sus cuidadores. Esto es fundamental para garantizar un servicio de la mejor calidad para los usuarios.

2 Objetivos

-Sensibilizar sobre la importancia de que los celadores reciban una formación profesional en el cuidado del paciente anciano.
-Proponer ciertos conocimientos que les puedan beneficiar.

3 Metodología

En preparación para este trabajo, se ha realizado una investigacion que incluye una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, se han revisado artículos en las principales bases de datos (Msdmanuals,Lychnos y Scielo) y se han seleccionado artículos científicos de publicaciones académicas examinadas

4 Resultados

Actualmente, es casi seguro que en 2050 España contará con la mayor población anciana del mundo, con una gran proporción de población mayor de 60 años. Por ejemplo, si nos queremos centrar en el presente, Asturias es desde hace muchos años la comunidad autónoma más antigua del país. Ante estos hechos, no cabe duda de que invertir en salud debe ser considerado una inversión, no un gasto. Esta inversión a largo plazo debe enfocarse no solo en los trabajadores de la salud, sino también en los trabajadores no sanitarios, especialmente en los trabajadores bien organizados, con un enfoque de calidad y capacitación continua, como se describe en este artículo. Dado que esta categoría (Celador) no requiere una formación especial, el personal de enfermería suele estar nervioso al empezar a trabajar, ya que en la mayoría de los casos tienen contacto directo con los pacientes y dependen mucho de la cooperación del personal. Además, uno también debe ser capaz de realizar adecuadamente una variedad de tareas que incluyen principalmente
5 de julio de 1971. Reglas para la prestación de servicios por parte de las instituciones de salud del seguro social a los empleados incurables; de hecho, las tareas

de hoy implican muchas más tareas. ., depende de varios factores: cómo se gestiona el sistema de salud en cada comunidad autónoma, si los trabajadores están ubicados en hospitales o centros de atención primaria, etc. que otros grupos de edad para tratar con los ancianos a diario. El sistema de salud correspondiente recibe formación especializada de acuerdo con los siguientes criterios:
- Conocimientos básicos de enfermedades comunes y cuidados básicos de los pacientes mayores: aunque se contemplan patologías como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, en el trabajo de los pacientes mayores son más importantes los temblores provocados por pacientes con enfermedad de Parkinson o demencia. Porque cuando es movido o movilizado, el cuidador debe intentar cooperar con el paciente. Educación psicosocial: A medida que la población envejece, la importancia de la empatía específica sigue aumentando, dependiendo muchas veces de factores físicos, de fragilidad o factores psicosociales (si provienen de un entorno pobre) de quienes acuden al centro de salud. Seguros, estables y en familia, o están solos y sin control de su salud si tienen una enfermedad mental, etc.). Además, eliminar prejuicios y estereotipos sobre esta población se convierte en un factor clave en su atención: pueden predisponer a los adultos mayores al paternalismo y la condescendencia, por lo que no son considerados pacientes adultos con estas características. - Traslado y movilización de pacientes. - Velar por la higiene del paciente. Una formación integral y especializada que abarque estas y otras cuestiones relacionadas con la atención al paciente geriátrico en todos los servicios del hospital mejorará en gran medida la calidad asistencial, aunque estos conocimientos también se pueden aplicar a otro tipo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

A pesar del aparente envejecimiento de la población en los últimos años, no podemos asegurar que la población activa no sanitaria esté preparada para estos cambios estructurales, lo que supone su cuidado y atención profesional. Por ello, se recomienda fortalecer la formación integral en esta materia a través de un sistema de salud adecuado. Esta desatención por parte de las autoridades se ha acentuado debido a la crisis sanitaria provocada por la pandemia del Covid-19, que afecta desproporcionadamente a la población de la tercera edad. Por tanto, como ya se ha comentado en este artículo, esta formación debería tener unos conocimientos básicos de las enfermedades más comunes del paciente anciano, pero para las tareas de enfermería debería por ejemplo centrarse más en enfermedades mentales como la demencia o la depresión. Este último suele asociarse a estancias hospitalarias más prolongadas ya la incapacidad de adaptarse a las propias necesidades

(luz tenue, sensibilidad al ruido, enfermedad crónica, terapia personal, confusión) y al trabajo regular. Esto puede acompañar la humanización de los personajes, lo que aparentemente mejora la calidad de la atención.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971.
2. Fernández JL, Parapar C, Ruíz M. El envejecimiento de la población. Lychnos [Internet]. Disponible en: http://www.fgcsic. es/ lychnos/es_es/ articulos/ envejecimiento_ poblacion#::text=Estas% 20 estimaciones% 20son%20aun% 20m%C3% A1s,encima %2 0de%20los% 2060%20a% C3%B1os
3. Suárez R. «En Asturias hay 2.236 mayores de 65 años por cada 100 jóvenes menores de 15». El Comercio [Internet]. Disponible en: https://www.elcomercio. es/asturias/asturias -poblacion-mayores- envejecimiento-1007152131- nt.html#:: text=Los%20%C3% BAltimos%20datos %20 correspondientes %20al,%2C71% 25%20d e%20la%20poblaci %C3%B3n

Capítulo 456

BENEFICIOS DE SER UNA PERSONA POLIFACÉTICO EN LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EVA RODEÑO PINACH

MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN

MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA

JULIA COLLADO LOPEZ

DAVID GARCIA COLMENERO

1 Introducción

Las múltiples tareas que debe realizar el auxiliar administrativo hacen pensar que su persona es en el ámbito laboral polifacético.
La palabra polifacético quiere decir que tiene capacidad para realizar varias actividades distintas.
El auxiliar administrativo es la categoría la cual constituye a la persona empleada o empleado en una empresa privada u organismo público que trabaja en una oficina realizando las tareas de administración (administrativas).
Por ello es la persona que atiende a primera vista a los usuarios y les despide también cuando el usuario se vaya del centro al que haya acudido a realizar citas, entrevistas, consultas médicas, o realización de pruebas analíticas, diagnosticas etc.

Aunque parece que trabaja solo su trabajo no es individual siempre por detrás existe un equipo multidisciplinar que acompaña a todo lo que realice dentro del horario laboral a este.
Podemos decir que el auxiliar administrativo no es un administrativo del estado por varias diferencias la categoría sigue siendo la C, pero en el tema del salario hay diferencias, ya que el administrativo del estado cobra más salario que el otro.
El auxiliar administrativo del estado consigue su puesto de trabajo gracias a la oposición, aunque sí que en tema de tareas son las mismas para ambos salvo algo concreto del departamento en el que realizan su función laboral.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones laborales polifacéticas del auxiliar administrativo.
Describir que complicaciones puede encontrar al realizar su trabajo diario.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en Internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que nos pueden incluir datos sobre que nos hablan sobre las tareas polifacéticas del auxiliar administrativo. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.
Las palabras utilizadas en DECS fueron empleo, auxiliar, oposición, polifacético, tareas.

4 Resultados

Nuestra revisión bibliográfica se ha realizado sobre la base de demostrar que tareas realiza el auxiliar administrativo para poder considerarlo empleado polifacético durante el turno laboral.
La primera función o más frecuente en atención al usuario es comunicación con estos y con el personal de la empresa. Atención al teléfono, correo electrónico etc.
Archivar la información es otra de las funciones que desempeña el auxiliar administrativo, generar información que se recibe o que realiza en el turno.
También es el encargado de realizar o utilizar las nóminas de los demás trabajadores, en caso de hospitales o centros de salud deberá tener en la agenda la tur-

nicidad que tiene cada uno y que tipo de días ha trabajado festivos, nocturnidad etc.
La contabilidad de la empresa en compra y venta de materiales, gestión y contratación de personal de sustitución etc. (Real Decreto 1708/2011).
Recepción y reparto de correspondencia de la empresa a los distintos departamentos de los que estar compuesta la empresa.
El auxiliar administrativo según muchos autores lo han definido como que debe ser una persona organizada, paciente y deberá tener un carácter afable, no solo tendrá que empatizar con los usuarios en persona también en el momento del teléfono en el cual la persona tendrá más dificultades de poder entender que tramites tendrá que realizar o que tendrá que pedir para recurrir al plazo de un documento a presentar.
Las complicaciones que pueden aparecer en un turno de trabajo según los artículos que hemos querido incluir es local inviable de trabajar oscuridad, mal olor, humedad. También que haya fallos informáticos con lo cual el auxiliar administrativo deberá coger notas a lo que ya no va a estar acostumbrado. Fallos en telefonía, fax.
Mala relación con algún compañero que trabaja muy cerca y que incluso debe ser su supervisor. (Real Decreto 1224/2009).

5 Discusión-Conclusión

La persona que desempeña su trabajo como auxiliar administrativo es polifacética, pues deberá realizar varias tareas a la vez atender a usuarios, teléfono, fax, correo. Por ello deberá tener los conocimientos adecuados para poder desempeñar las tareas adecuadas.
La formación profesional del auxiliar administrativo ya va en función a todas las tareas que tendrá que realizar en un futuro en su desempeño laboral, por lo que cada asignatura que se realice adecuadamente será un escalón en el trabajo futuro. Con las prácticas podrá coger experiencia y ver que trucos podrá realizar él también y coger de cada persona con la cual realice las prácticas algo positivo para en conjunto trabajar él.

6 Bibliografía

Real Decreto 1708/2011 de 18 de noviembre por el que se establece el Sistema Español de Archivos y se regula el Sistema de Archivos de la Administración General del Estado y de sus Organismos Públicos y su régimen de acceso.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, número 301. https://formacionactiva profesional.com/las-habilidades -sociales-en-el-contexto-sanitario/ "La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente "- Artículo publicado en 2006 en la revista "a "Enfermería Integral", N.º 73, pp. 27-34".
Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral. Boletín Oficial del Estado número 205, de 25 de agosto de 2009.

Capítulo 457

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TRAMITACIÓN DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL A MUTUALISTAS

EVA RODEÑO PINACH

MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN

MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA

JULIA COLLADO LOPEZ

DAVID GARCIA COLMENERO

1 Introducción

En la unidad administrativa de los Centros de Salud y Consultorios acuden usuarios/pacientes que solicitan información sobre el derecho a la asistencia sanitaria y cómo conseguir la Tarjeta Sanitaria.
Entre las modalidades de aseguramiento existentes están las Mutualidades: Mutualidad General de Funcionarios de la Administración Civil (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), Mutualidad General Judicial (MUGEJU)..
Los auxiliares administrativos identifican a este colectivo con los funcionarios de carrera de la Administración Civil y Militar del Estado desde el momento de la toma de posesión, o desde el comienzo del periodo de prácticas. Son también mutualistas los funcionarios jubilados en el cuerpo administrativo. Y se benefician

del Mutualismo Administrativo los familiares o asimilados a cargo de un mutualista en alta, cónyuge o pareja de hecho, descendientes e hijos, menores acogidos y bajo la tutela, hermanos y hermanas y los ascendientes.
Los titulares trabajadores, pensionistas y beneficiarios de Muface, Isfas Y Mugeju pueden optar la asistencia sanitaria a través del Sistema Sanitario Público o elegir una aseguradora privada que, de acuerdo con el concierto en vigor, garantizan el contenido de la cartera de servicios del SNS.
Para los trámites relacionados con tarjeta sanitaria se gestionan a través del Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios (SIPRES).

2 Objetivos

- Conocer los trámites administrativos relacionados con el Aseguramiento Sanitario a Mutualistas.
- Exponer el Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios (SIPRES).

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 y legislación publicada. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando los mutualistas optan por recibir asistencia sanitaria a través de SNS deben personarse ante la unidad administrativa del centro de salud y solicitar ser incluidos en el SNS. El primer paso desde la unidad administrativa del Centro de Salud es solicitarles que se identifiquen con Documento Nacional de Identidad (no obligatorio para menores de 14 años), o carnet de conducir.
En el caso de que los beneficiarios sean extranjeros comunitarios se identificaran a través del Pasaporte o documento de identidad del país de origen o Tarjeta de Residencia, y número del NIE, en caso de no tener Tarjeta de Residencia.
A los beneficiarios extranjeros no comunitarios se le identifica a mediante la Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE) en vigor.

La inclusión del mutualista y sus beneficiarios en el SNS será correcta cuando aporten el Documento de afiliación a MUFACE, ISFAS o MUGEJU donde figurará su opción por la Asistencia Sanitaria Pública (INSS). La TGSS facilitará, previa solicitud, el documento con el número de la S.S. asignado.
El auxiliar administrativo del SESPA utiliza el programa el Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios (SIPRES), para dar de alta o modificar en el SNS al titular y a beneficiario(s) mutualistas.
La tarjeta sanitaria es expedida a petición del titular en el centro de salud, al que pertenece por lugar de residencia. Si el mutualista opta por recibir asistencia sanitaria a través de los servicios autonómicos de salud, en el programa SIPRES se selecciona la opción SNS en desplegable POBLACIÓN. Se graba como HABITUAL en la opción EMPLAZAMIENTO. Cuando se llega al campo de TIPO DE CIUDADANO, se selecciona la alternativa Muface, Isfas, Mugeju CONCIERTO INSS . En el apartado indicador de farmacia se corresponde con la opción excluidos de farmacia/farmacia mutualista.
A continuación, se selecciona el NIVEL MAPA SANITARIO al que pertenece el usuario, el centro de salud y puesto y se le asigna siguiendo el criterio de libre elección un facultativo. Y se le expiden el documento provisional hasta la emisión de la tarjeta sanitaria definitiva. Documento que irá sellado por el centro y acredita el derecho a la asistencia sanitaria a través del servicio público de salud de la
Comunidad Autónoma de residencia.
Se procederá con idéntica sistemática para los beneficiarios se corresponden con el tipo de ciudadano en SIPRESS: Beneficiario Muface, Isfas, Mugeju.
La unidad de gestión administrativa del centro de salud, en el caso de recibir y tramitar la solicitud de asistencia sanitaria para un mutualista con opción seguridad privada procederá de la siguiente sistemática. Se selecciona la opción COMUNIDAD AUTONOMA en desplegable POBLACIÓN. Se graba como HABITUAL en la opción EMPLAZAMIENTO. Cuando se llega al campo de TIPO DE
CIUDADANO, se selecciona la alternativa Muface, Isfas, Mugeju ENTIDAD PRIVADA TITULAR. No se selecciona centro de salud ni se le asigna facultativo. Es requisito seleccionar el NIVEL MAPA SANITARIO al que pertenece el usuario.

5 Discusión-Conclusión

Para realizar los trámites el administrativo trabaja con el programa SIPRES. En el SIPRES está registrada la población residente en el Principado de Asturias, las

personas residentes temporalmente en Asturias y las personas que, sin residir en nuestra Comunidad, precisaron de atención sanitaria ocasional durante su estancia.
Los datos volcados en SIPRES son los prevalecen sobre los datos que aparezcan en otro programa. Es decir, cualquier modificación en SIPRES se actualizará en el programa OMIAP.
El auxiliar administrativo del Centro de Salud y Consultorio tiene que proporcionar información sobre el aseguramiento y la obtención de la Tarjeta Sanitaria a los ciudadanos. Si se proporciona la información de forma que le resulte fácil de entender a la persona, el trabajo del administrativo será más sencillo. Y trabaja con un asegurado dispuesto a colaborar en la tramitación del proceso.

6 Bibliografía

1.- Guía de Aseguramiento y Trámites en Tarjeta Sanitaria Individual. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2011
2.- Resolución de 13 de diciembre de 2019, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2020 y 2021. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-18490

Capítulo 458

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y REGISTRO DEL PACIENTE QUE RECHAZA TRATAMIENTO MÉDICO

EVA RODEÑO PINACH

MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN

MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA

JULIA COLLADO LOPEZ

DAVID GARCIA COLMENERO

1 Introducción

El paciente que no está incapacitado legalmente y esta consciente y puede decidir es el que puede valorar o no tener un tratamiento médico, aunque en muchas ocasiones, aunque el paciente no quiera si el paciente está en riesgo vital decide el facultativo.

Ante cualquier intervención quirúrgica, tratamiento médico, o incluso una prueba la cual es un proceso invasivo que puede generar efectos secundarios el paciente en estado consciente o sus representantes legales deben de firmar el consentimiento informado, el cual como dice su nombre les informa sobre que riesgos puede generar esa técnica.

El consentimiento informado se configura atendiendo a dos vertientes; de un lado, como un derecho del paciente y, de otro, como un deber del personal sani-

tario, como antes se comentaba en ocasiones decide el facultativo aun cuando el paciente no quiera.
Tanto el derecho del paciente como el deber de los sanitarios aparecen reconocidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
En los casos de paciente terminal si que se suele conservar la decisión del paciente, ya que cualquier prueba o cirugía va a ser agresividad ante la situación en la que el paciente se va a encontrar por lo que será un sufrimiento continuado.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de actuación debe de realizar el auxiliar administrativo ante la negación de recibir un tratamiento el paciente.
- Describir complicaciones ante un consentimiento informado para el personal auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que nos han incluido que tipo de actuación debe de realizar el auxiliar administrativo en caso de que el paciente se niegue a recibir tratamiento médico. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.
Las palabras utilizadas en DECS fueron consentimiento, registro, paciente, negación.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica se ha documentado mediante artículos o suplementos de artículos que nos han enseñado que función tiene que realizar el auxiliar administrativo en caso de que un paciente sin estar incapacitado legalmente, este consciente pueda rechazar un tratamiento médico.
- La ley 41/2002 de 14 de noviembre determina que se ha de informar de forma adecuada al paciente para obtener de este una conformidad libre, voluntaria y consciente manifestada haciendo uso de sus plenas facultades en el momento en que pretenda realizarse una actuación sobre su salud.

- Este consentimiento informado se le ofrece al paciente cuando necesita un tratamiento médico tanto si es de carácter urgente como si no, este deberá incluir toda la información sobre qué tipo de tratamiento, procedimiento va a realizar el paciente, tendrá que estar firmado por todos los impresos admitiendo que lo consiente. En casos de rechazo como es nuestra revisión bibliográfica deberá dejar constancia de porque no lo quiere en este caso entra la función auxiliar administrativo el cual tendrá que elaborar un escrito correctamente con todos los datos personales y con toda la redacción que haya comentado el paciente para no realizar el tratamiento tendrá también que firmar la conformidad de haber visto este nuevo escrito.
- El auxiliar administrativo registrará este documento con el consentimiento informado en su historia clínica, pues en caso de volver a realizar el ingreso de nuevo el paciente se le volverá a ofrecer o no. (Sánchez M,1996)
- Las complicaciones que puede encontrar el auxiliar administrativo en caso del consentimiento informado que el paciente esté agresivo negando la firma por lo que tendrá que explicarle tanto el facultativo como este que es solo para que quede registrado que no asiente al tratamiento. (González Hernández M, Castellano Arroyo M, 2012).

5 Discusión-Conclusión

La firma de aceptación por parte del paciente a un consentimiento es libre y voluntaria salvo en casos de que el paciente tenga un representante legal, que será quien decida si se firma el consentimiento o no.
El que el paciente se niegue a recibir ese tratamiento no implica que no quiera los cuidados paliativos, con lo cual se le realizaran los cuidados necesarios quedando todo en constancia de que cuidados se le están ofreciendo, confort, paliativo o conservador.
Siempre se consentirá por decir así el que el paciente no quiera el tratamiento salvo riesgo vital para si mismo o para el resto, aquí decidirá el facultativo.

6 Bibliografía

- 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.
- Sánchez M. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS, 2 (1996)

Capítulo 459

FUNCIONES DEL CELADOR AL SERVICIO DEL ÁREA DE QUIRÓFANO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ

1 Introducción

El Quirófano se puede definir como aquella área de una institución hospitalaria dedicada a la realización de operaciones quirúrgicas. Es a la vez un departamento del hospital con muchas peculiaridades, normas y procedimientos específicos y complejos, que el celador debe conocer y saber desarrollar con profesionalidad a la hora de realizar sus funciones.

Deben saber manejar equipos y materiales específicos del área quirúrgica, a la vez que deben estar capacitados para saber sobrellevar determinadas situaciones adversas y de estrés que en ocasiones se generan dentro del quirófano de un hospital.

El área quirúrgica de un hospital, tiene un diseño arquitectónico y físico exclusivo debido a que debe contar con zonas específicas y restringidas para las actividades preoperatorias, transoperatorias y posoperatorias.

Es un área que está provista de material y equipo complejo. Por ella transitan tantos médicos, enfermeras, celadores, anestesistas, y todo el material necesario

para la atención de los enfermos. Por otro lado, se desarrollan técnicas y protocolos destinados a garantizar la asepsia de las zonas dedicadas a la práctica de cirugías.
Es una máxima en esta área garantizar el aislamiento de la unidad quirúrgica del resto del hospital, lo que permitirá al equipo de salud evitar complicaciones al paciente. Será fundamental garantizar el correcto mantenimiento y limpieza de paredes y pisos, para lo cual la superficie de los mismos deberá ser lisa y de material no poroso.

2 Objetivos

Detallar, definir y analizar las funciones del celador en el área de quirófano de una institución sanitaria, así como su indumentaria básica y normas de higiene para evitar o disminuir el riesgo de infecciones

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado un trabajo de investigación sobre la revisión bibliográfica de la literatura científica existente y publicada al respecto. Se han consultado diferentes páginas webs, así como en artículos, capitulos y revistas científicas de reciente publicación.

4 Resultados

La unidad quirúrgica se divide en tres grandes áreas:
• Área negra. El Área negra o sin limitaciones es una zona donde al no existir limitaciones, se puede acceder directamente con ropa de calle. Se trata de aquella estancia donde se sitúan los vestuarios de quirófano y la zona destinada al descanso del personal que presta servicios en quirófano.
• Área gris, o zona semideliminada es considerada zona limpia por lo que solo accederá a la misma, personal con vestimenta o uniforme adecuado. Será de obligado uso en esta zona tanto las calzas como el gorro. También podemos encontrar en esta zona, áreas dedicadas a la limpieza y desinfección del instrumental, empaquetado para esterilización y almacenes del material destinado a su uso en quirófano.
• Área blanca, o zona limitada. Es de uso restringido y exclusivo para persona autorizado. Sera obligatorio el uso tanto de uniforme, como de calzas, gorro y mas-

carilla quirúrgica. El uniforme está compuesto de dos piezas -pantalón y casaca- y debe ser de algodón, con tejido o malla fuerte para evitar las infecciones y amplio para facilitar la libertad de movimientos. El color del uniforme debe ser sólido, relajante y que absorba la luz. Los colores más habituales son el verde quirófano, azul verdoso y verde aceituna. Por otro lado, el calzado debe ser cómodo, de fácil limpieza y, por seguridad, antideslizante. Siempre debe cubrir talón y los dedos por lo que no se aconseja el uso de zuecos. En esta área encontraremos las siguientes estancias:

- Antequirófano. El antequirófano es la zona específica donde debe permanecer el celador mientras se lleva a cabo la intervención.
- Quirófano
- Zona específica de lavado de manos
- Almacén de material estéril
- Sala de recuperación

En un quirófano se realizan intervenciones tanto programadas como de urgencia, por lo que en su actuación no se rigen estrictamente por horarios prestablecidos, sino que presentan actividad los 7 días de la semana y las 24 horas del día.

Toda intervención quirúrgica genera en el paciente un determinado nivel de estrés. Es por ello que por regla general se realizan una serie de procedimiento previos o protocolos anteriores a la ejecución de la intervención, en el que le paciente es informado a cerca del desarrollo del proceso y tiene ocasión de interactuar con los profesionales implicados. Esta metodología contribuirá a generar cierto nivel de confianza en el paciente.

El día antes de la intervención el paciente será informado tanto respecto a los requerimientos previos a la práctica de su cirugía, respecto a la necesidad de ayuno, baños pre quirúrgicos, etc.; como a los pasos necesarios para la internación, indicándole el lugar, horario, firma de consentimientos o documentación que tiene que llevar consigo.

El día de la intervención, se identificará al paciente con una pulsera que llevará puesta hasta el día del alta médica.

Una vez finalizada la cirugía, el paciente es trasladado a área de cuidados post analgésicos. Aquí permanecerá el tiempo que el facultativo estime oportuno, tras lo que será traslado o planta para su internación o a domicilio con revisión por su médico de familia, según prescripción médica.

El equipo quirúrgico está formado por un gran elenco de profesionales, compuesto tanto por los cirujanos encargados de llevar a cabo la cirugía al paciente, como por el personal de enfermería, instrumentadoras, técnicos de aneste-

sia, farmacia, rayos X, camilleros, personal administrativo, personal de limpieza, lencería o celadores. Se hace imprescindible tanto el trabajo en equipo de todos ellos, como la buena comunicación, y disposición de todo el equipo para la consecución de los objetivos marcados. el sector quirúrgico cuenta con personal de elevada calidad humana y capaz de trabajar en situaciones críticas y en un entorno cambiante.
Seguidamente pasamos a detallar y analizar las funciones y responsabilidades del celador en el quirófano, objeto de estudio en el presente capítulo: o Movilización de los pacientes hasta la zona de quirófano, junto su historia clínica. o Colaborar con el personal sanitario en la acomodación del paciente en la mesa de operaciones, ubicándolo en la posición adecuada a la intervención objeto de realización. o Transporte de los aparatos o mobiliario precisos para la intervención y reubicación a su lugar al término de la misma. o Trasporte de documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención a distintos sitios como anatomía patológica, laboratorio. o Observancia y respeto de las normas, con especial interés en la higiene o asepsia, cumpliendo con el protocolo de esterilización de acceso a quirófano. o Comunicación a sus superiores de todos los desperfectos en equipos que puedan ocurrir durante el traslado. o Movilización del paciente a la zona de recuperación tras la finalización de la intervención. o Transporte a mortuorio de personas fallecidas durante alguno de los tratamientos, y de todos los miembros del cuerpo que hayan sido amputados. o Extremar las medidas de higiene para evitar o reducir al mínimo posible la transmisión de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el celador de quirófano, no solo es el profesional que trata con el paciente justo antes de proceder a su intervención quirúrgica y realizará el traslado del paciente la finalizar la misma, sino que también se ocupa del apoyo a los especialistas sanitarios, asistiendo al área quirúrgica, y por consiguiente facilitando la prestación de servicios sanitarios al paciente.
Debe poseer capacidades de trabajo en equipo para poder llevar a cabo con profesionalidad las funciones del equipo multidisciplinar del que forma parte.

Una vez enumeradas y desarrolladas las funciones del celador en el presente capítulo, podemos concluir diciendo que estos profesionales al servicio del área de quirófano, colaborarán en las tareas que les sean encomendadas tanto por médicos como supervisoras o enfermeras que intervengan en la operación, encargán-

dose del transporte de los pacientes y custodiando su historia clínica.
Por otro lado, colaboran tanto en la acomodación y sujeción del paciente en la mesa de operaciones, como en la movilización de los mismo durante el transcurso de la intervención.
Añadir también, que serán responsables de transportar tanto los aparatos o mobiliario necesario, como los documentos, analíticas o pruebas que se lleven a cabo durante la intervención, ya sea al laboratorio, banco de sangre o servicio de anatomía patológica.
Por último, decir que deberán Informar a sus superiores, tanto de los posibles desperfectos en el mobiliario y construcción que detecte como de cualquier otro problema relacionado con la limpieza

6 Bibliografía

1. https://conceptodefinicion.de/quirofano/
2. Sonsoles. (2018). Tema 14: Normas de actuación del celador en los quirófanos. 29/12/19, de celadores online de instituciones sanitarias Sitio web: http://celadoresonline. blogspot.com /p/tema-14.html
3. Antonio Tercero Igualada; El celador en el sistema nacional de salud. (23/11/2019).
4. Confederación general del Trabajo-sindicato de sanidad de Las Palmas. Tema 4 Normas de actuación en los quirófanos.
5. Mª Ángeles Núñez Carrera; Guía de celadores Área quirúrgica del Hospital San Eloy (Barakaldo)
6. Fisioterapia, salud y bienestar. https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-quirófano.

Capítulo 460

EL CELADOR EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE LENCERÍA DE UN HOSPITAL

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ

MARÍA INÉS MESAS VALERA

1 Introducción

Un hospital es un lugar cuya principal función es proporcionar asistencia médica. Dentro de esta asistencia podemos hablar de consultas, operaciones quirúrgicas, hospitalización de enfermos acogiéndolos para su recuperación o durante el tratamiento que les haya sido asignado.
El hospital ofrece servicio las 24 horas del día y se extiende a los 365 días del año. Se puede decir que en un hospital no hay descanso y en el podemos encontrar el personal sanitario que va desde médicos, enfermeras y auxiliares y al personal no sanitario que lo componen: administrativos, cocineros, personal de mantenimiento y limpieza…etc, y dentro de este grupo encontramos a nuestro protagonista en este capítulo que es el celador.
Igual que las personas que trabajan en un hospital se reparten en diferentes grupos, también la organización se reparte en varios departamentos. Alguno de ellos son el quirófano, las distintas plantas del hospital, el almacén, la cocina, y del que nosotros vamos a hablar a continuación que es el departamento de lencería.

Ahora ya podemos decir que lo que vamos a conocer a continuación son las distintas funciones y cometidos que tiene la figura del celador en el departamento de lencería de un hospital.
El celador es personal multifuncional y sirve de apoyo en la mayoría de departamentos, pero dependiendo de dónde se encuentre debe tener una preparación específica destinada al desempeño de sus labores en el área en la que se encuentre en ese momento.

2 Objetivos

• Explicar como el celador desarrolla su trabajo en el área de lencería.
• Exponer las diferencias que existen en el desarrollo del trabajo, según exista o no departamento de lavandería.

3 Metodología

A la hora de buscar información para la realización de dicho trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes de información. Se han recopilado datos a través de buscadores en internet, como Google ó Google académico, también en publicaciones ya revisadas y en revistas y artículos científicos. También se ha utilizado como referencia la propia experiencia trabajando en este sector, así como la de compañeros de profesión.

4 Resultados

La lencería en un centro sanitario, es uno de los departamentos más importantes que podemos encontrar, pues es el que se encarga del tratamiento de toda la ropa hospitalaria del centro, que va desde las sábanas y mantas con las que se visten las camas, todo el vestuario que utilizan los pacientes durante su estancia, hasta la ropa que utilizan todos los profesionales que trabajan en el (batas sanitarias, casacas sanitarias, túnicas.. etc.
La figura del celador en este departamento tiene gran relevancia y vamos a profundizar en cómo desempeña su trabajo.
No todos los centros sanitarios tienen departamento de lavandería con maquinaria adecuada para el tratamiento especial de la ropa. En algunos centros son empresas externas las que se ocupan de la limpieza y lavado del vestuario. Es por este motivo que vamos a detallar como desempeña el celador sus funciones

en el departamento de lencería dependiendo de si la ropa es lavada en el propio centro o no.

 Cuando la limpieza la realiza una empresa externa.

El celador se encarga de recoger toda la ropa hospitalaria de los quirófanos, las plantas del hospital, de la zona de cocina y llevarla al departamento de lencería. La ropa se transporta en carros grandes y una vez que toda esa ropa sucia llega, hay que separarla y prepararla para que la empresa externa la recoja.

La principal función del celador en ese momento es organizar toda la ropa por grupos y clasificarla dependiendo del grupo al que pertenezca. De ese modo y a modo de ejemplo, las sábanas deben ir todas juntas, los pijamas y batas de los pacientes en otro grupo, las toallas formarían otro grupo, y así con todo el vestuario hospitalario.

También es el celador el que se encarga de señalizar cuando la ropa debe tener algún tratamiento especial, pongamos de ejemplo la pasada pandemia de COVID-19, en donde el celador se encargaba de marcar dichas prendas en bolsas de algún color específico, como el rojo o el amarillo, para indicar que esa ropa tiene algún tipo de riesgo biológico o infeccioso y debe tratarse de forma especial.

Una vez que la ropa está ya separada, se prepara en sacos y se deja preparada para cuando la empresa externa venga a recogerla. Esta es una labor que se realiza diariamente.

Al mismo tiempo que esa empresa recoge la ropa sucia, también devuelve al centro sanitario la que ya ha limpiado y tratado.

El celador en este caso se ocupa de recoger las bolsas de ropa limpia y organizarla en el almacén de lencería, clasificándola por tipos y grupos en las estanterías.

Es muy importante que la ropa esté debidamente organizada y clasificada para que el personal sanitario que la necesite pueda llegar a ella de manera ágil, sencilla y rápida.

Una vez que está todo colocado de nuevo en su lugar, el celador se encarga de gestionar las solicitudes de los departamentos del hospital, donde estos solicitan la cantidad y el tipo de prenda que necesitan, preparando el material solicitado y llevándolo al departamento correspondiente.

 Cuando la limpieza de la ropa se realiza en el propio centro sanitario u hospital.

En la mayoría de hospitales además del departamento de lencería, el centro hospitalario dispone de departamento de lavandería y plancha y las funciones que el celador tiene en este caso son ligeramente distintas a las descritas en el punto anterior.

El celador se sigue encargando de la recogida de la ropa en las distintas zonas del hospital, consultas, plantas de pacientes… etc., pero en este caso el departamento

de lencería no se divide en ropa sucia o limpia. En este caso el departamento solo tiene almacenada ropa limpia pues una vez que el celador ha recogido toda la ropa, esta es llevada directamente a la lavandería. De igual manera la ropa se traslada hasta la lavandería donde el celador hace entrega del carro de ropa sucia. Después la labor del celador pasa directamente a recoger del departamento de plancha la ropa ya limpia, es decir, en este caso la labor de separación de la ropa no la ejecuta el celador. El celador recoge la ropa limpia y ya clasificada directamente, y solo tienen que almacenarla por categorías en el almacén de lencería, que en este caso solo alberga ropa limpia.
Una vez que la orden está preparada, el celador se dispone a llevarla al departamento solicitante.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar la figura del celador es muy importante en todo lo que a limpieza de ropa hospitalaria se refiere, pues indistintamente de si el centro hospitalario dispone o no de servicio de lavandería y plancha o si se hace la limpieza a través de una empresa, el celador organiza en todo momento el departamento de lencería, atendiendo las solicitudes para que en todo momento todos los departamentos tengan a su disposición la ropa limpia y en perfecto estado que se necesita. También hemos visto como varían sus funciones dependiendo de si tiene que encargarse o no del tratamiento de la ropa sucia. Es por todo ello que podemos decir que el celador es un profesional de la rama del sector servicios cuya presencia es totalmente necesaria para el buen funcionamiento del área de lencería en un centro sanitario.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Manual de procesos de lavandería y manejo de ropa hospitalaria: https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/03/MSalud-Neuqu%C3%A9n-Manual-Lavander%C3%ADa-y-manejo-de-ropa-hospitalaria.pdf.
2. INSALUD: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf.
3. AREA DE SALUD DE CACERES: https://www.areasaludcaceres.es/contenido/275-unidad-de-lenceria.html.
4. II Congreso Virtual SICEPA - USIPA ”2022: Sanidad, un trabajo en equipo”: https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/.

Capítulo 461

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

1 Introducción

Se puede definir la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.). como la dependencia de la institución hospitalaria donde se ofrecen servicios complejos de atención a la salud al paciente, ofreciendo cuidados de manera integral al usuario que ingresa en condiciones críticas de salud.
Los enfermos que ingresan en UCI, presentan o pueden presentar un riesgo grabe en sus salud o funciones vitales. Son pacientes objeto de cuidos intensivos los que presentan algún tipo de las siguientes patologías; cuadros neurológico severos, postoperatorio de intervenciones quirúrgicas, infarto de miocardio, insuficiencia renal, estados comatosos, trastornos metabólicos, estado de shock.
El momento de ingreso de un paciente en UCI, puede generar en el mismo cierto estado de ansiedad, confusión e incertidumbre. El celador al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, será la primera persona que el enfermo vea nada más acceder al centro y será el encargado de recibirlo intentando informarle acerca del procedimiento seguido en la unidad.

Deberá intentar tranquilizarle, evitando generar cualquier tipo de alarma que pudiera agravar mas su delicado estado de salud, teniendo en cuenta que el paciente que ingresa en UCI por lo general está aislado, tiene falta de comunicación y está desorientado.

La figura del Celador, está recogida en el Estatuto de Personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, concretamente en el artículo 14.2.

2 Objetivos

Identificar, desarrollar y poner en valor de las tareas del celador para el bienestar del paciente, dentro del equipo interdisciplinar al que pertenece.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de investigación sobre las tareas del celador en la UCI de una institución hospitalaria, se ha procedido a la realización de una revisión bibliográfica de diferentes páginas Webs referidas al tema objeto de estudio, así como de varias publicaciones científicas.

4 Resultados

Las funciones del celador en UCI, vienen recogidas, tal y como indicamos anteriormente, en el art. 14.2 del Estatuto de personal no sanitario.
Seguidamente pasamos a detallar y analizar las funciones de este profesional, así como las medidas de protección especial que se deben observar en esta unidad por sus especiales peculiaridades:
1. Traslado del enfermo desde su posición de origen hasta el servicio de UCI indicado, acompañando con él toda la documentación correspondiente a su historia clínica
2. Al paciente le será asignado una cama en un box de la institución hospitalaria, y será labor del celador el movilizar y acomodar al enfermo en la cama que le haya sido asignada. Por ser pacientes con una merma importante en su estado de salud, el celador encargado de su atención, deberá dominar las técnicas de cambios posturales a fin de minimizar las posibles lesiones o secuelas como consecuencia de una inadecuada manipulación o movilización. Dado las peculiaridades de las funciones de el celador en UCI, por la gravedad del estado de salud de los usuarios

con los que trata de manera habitual; este profesional deberá estar continuo proceso de formación, lo que redundará en el correcto desempeño de su puesto de trabajo.
3. Movilización y transporte de materiales, aparataje y documentación, en función de las ordenes de sus superiores jerárquicos.
4. Por ser enfermos con alto riesgo de contraer infecciones, los celadores encargados de prestar servicios en esta unidad de cuidades intensivos, deberán vestir uniforme especial, provistos con batas asépticas. Estas batas deberán ser desechadas por unas nuevas cada vez que entren o salgan de la unidad. El celador, además, deberá hacer uso de mascarilla quirúrgica o FFP2, protección ocular o guantes, cuando exista elevado riesgo de contagio. Por otro lado, se recomienda el adecuado y frecuente lavado de manos.
No obstante, en los supuestos en los que el riesgo de exposición o contagio sea bajo, se recomienda el uso de guantes de nitrilo.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar el presente capitulo de investigación sobre las funciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos, podemos concluir diciendo que es un profesional que, dado el delicado estado de salud de los pacientes con los que trata, debe estar en continuo proceso de reciclaje asistiendo periódicamente a cursos de formación que capacitan en el desempeño de su puesto de trabajo.
Del buen desarrollo de sus funciones, dependen en gran medida, las del resto de miembros del equipo interdisciplinar al que pertenece y el grado de satisfacción del paciente sobre la atención recibida.
Entre las cualidades y actitudes que deben de presentar este tipo de profesionales, podemos destacar la capacidad de trabajo en equipo y el alto grado de empatía en la relación tanto con el paciente como con los familiares de éste o sus acompañantes.

6 Bibliografía

1. https://www.revistamedica.com/celador-uci/#::text=El%20celador%20de%20UCI%20ejercer%C3%A1,que%20su%20estado%20no%20empeore
2. https://www.sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/CURSO-EL-CELADOR-EN-LA-UCI.pdf
3 https://www.faeditorial.es/capitulos/el-celador-en-la-uci.pdf
4 http://www.auxiliar-Enfermería.com/ funciones_ celador1. htm#marc08

5 https://www.cgtsanidadl pa.org/f/opes/celador/ temas/tema_3.pdf

Capítulo 462

ACTUACIONES DEL CELADOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA

ANA BELEN MARTINEZ JUAN

MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO

ARACELI GIL GONZALEZ

JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Los cuidadores son parte del personal subalterno de los centros de salud. Los empleados más jóvenes son aquellos que realizan tareas no técnicas. Este personal se sitúa en un puesto inferior al resto del personal que está dando órdenes al personal subalterno, pueden ser: personal de emergencia, técnicos de rayos x, equipos de enfermería y equipos médicos económicos. Sin embargo, un curador es otro trabajador de la salud cuya función está cubierta por el reglamento del 5 de julio de 1971 que establece el estatus del personal no médico que presta servicios en los establecimientos de salud y seguros sociales. La labor de los guardaespaldas del sanatorio y del resto del equipo profesional es fundamental porque el desempeño de su trabajo permite al resto del equipo realizar sus funciones de forma rápida y eficaz. La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define el término Subalterno (Del lat. Late subalternus), en el primer sentido es ”sobre

un hombre inferior, subordinado". En el tercer sentido encontramos la siguiente definición:
En los centros formales, se asignan servicios que no requieren habilidades técnicas a un empleado de una categoría inferior. Después de leer este capítulo, conocerá las diferentes funciones que realizan los guardias durante su jornada laboral.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que deben desarrollar los celadores adscritos a los diferentes centros hospitalarios y centros de salud durante su jornada laboral.

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

Artículo 14 (2) 2 del decreto del 5 de julio de 1971 que establece
Reglamento sobre los empleados insalubres que prestan servicios en las instalaciones de saneamiento"
El servicio social es la función de los guardias de seguridad, también conocidos como subordinados. 14.2.1. Realizarán los servicios de protección correspondientes como parte del turno acordado. 14.2.2. Excepcionalmente, realizarán las tareas de limpieza asignadas, cuando la actuación del personal femenino sea inapropiada o aceptable dada la situación, puesto, dificultad en el manejo, peso de los elementos o estancias a limpiar. 14.2.3. Al igual que el resto del personal, cuidarán de que los pacientes no abusen del mobiliario y la ropa del hospital, eviten dañarlos o instruirlos en el uso y funcionamiento de las persianas, cortinas y herramientas de servicio, dijo compartió. 14.2.4. Actuarán como ascensoristas cuando se les asigne una tarea específica o lo requieran las necesidades del servicio. 14.2.5. Supervisarán los ingresos a la Fundación, no permitiendo el acceso a las dependencias de la Fundación, salvo a las personas autorizadas. 14.2.6.

Serán los encargados de la vigilancia nocturna tanto en el interior como en el exterior del edificio, que se hará cargo una vez cerradas las puertas de servicio adicionales. 14.2.7. Cuidarán continuamente del mayor orden y silencio posible en todos los departamentos del Departamento. 14.2.8. Informarán a su supervisor inmediato de cualquier daño o irregularidad encontrada durante la limpieza y mantenimiento del edificio y los materiales. 14.2.9. Supervisarán el acceso y permanencia de familiares y visitantes a las instalaciones médicas, no aceptarán más de las personas autorizadas, cuidarán de no traer más instalaciones que los paquetes autorizados por la Oficina. 14.2.10. También vigilará el comportamiento del paciente y del visitante, evitará que los siguientes fumen en el área de la habitación, traigan comida o se sienten en la cama, y en general cualquier actividad perjudicial para el paciente o el orden de base. Se asegurarán de que los invitados no deambulen por el vestíbulo y el patio más de lo necesario para llegar a donde se dirigen. 2.14.11. Serán los encargados de transportar a los pacientes tanto en la instalación como en la sala de emergencias. 2.14.12. También ayudarán a las enfermeras y al personal médico a llevar y transferir a la cama a los pacientes postrados en cama que necesitan un tratamiento especial para su enfermedad. 2.14.13. Excepcionalmente, bañarán y asearán a las personas encamadas o que no puedan hacerlo por sí mismas, a instancias del jefe de estación o de servicio o de sus legítimos ocupantes en su ausencia. 2.14.14. Afeitan a pacientes masculinos que necesitan cirugía en partes del cuerpo que lo necesitan, en ausencia de un peluquero o en relación con un tratamiento de emergencia. 2.14.15. En los quirófanos, asistirán en todas las funciones asistenciales asignadas a estos servicios, así como las asignadas por médicos, supervisores o enfermeras. 2.14.16. Bañarán a los pacientes varones cuando no puedan hacerlo ellos mismos, siempre siguiendo las instrucciones que reciban del responsable de la instalación o del servicio o de su suplente. 2.14.17. En caso de que un paciente no pueda ser trasladado debido a circunstancias especiales, solo las enfermeras y el personal médico ayudarán a instalar y quitar las almohadillas para heces de estos pacientes. 2.14.18. Ayudarán a las enfermeras oa los encargados de envolver a los pacientes fallecidos asumiendo la responsabilidad de llevar los restos a la morgue. 2.14.19. Ayudarán en la realización de autopsias en funciones auxiliares que no requieran el uso de ninguna herramienta en el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la habitación en sí. 14.2.20 Será responsable del cuidado, alimentación, higienización y limpieza de los animales utilizados en quirófano y laboratorio en la jaula, tanto antes como después del ensayo, y seguirá siempre las instrucciones que reciba de su médico, supervisor o enfermera en su ausencia. 2.14.21. No comentan su diagnóstico, pruebas y tratamiento con los familiares y visitan a los pacientes, especialmente no

informan sobre el pronóstico de la enfermedad, siempre derivan sus consejos al médico responsable de la atención del paciente. . . 14.2.22 Las funciones del supervisor también incluirán todas las funciones similares a las previamente asignadas por los superiores, pero no definidas específicamente.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo destacando cuando un paciente llega a la clínica, o a los hospitales , muchos casos se sienten confusos, es ahí cuando el celador tiene que estar al lado del paciente y de sus familiares , y sobre todo ayudar, aconsejar, atender al paciente, tratar de solucionar el problema del paciente en tiempo, rapidez y eficacia. Debe entenderse y es super importante que el primer contacto del paciente con el sector salud es con el celador, cuya primera buena actitud contribuye a la prestación de servicios de calidad al paciente. Hay que dar voz a este personal , ya que ellos son los que tiene el primer contacto con los pacientes

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- 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 463

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA

ANA BELEN MARTINEZ JUAN

ARACELI GIL GONZALEZ

MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO

JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos, también llamada unidad de críticos, es aquella sección dentro de un centro de asistencia médica u hospital dedicada a brindar atención a pacientes con problemas de salud de mayor gravedad o potencialmente mortales. Estos pacientes requieren una monitorización más continuada y completa de sus constantes vitales, mayor soporte vital, como fármacos intravenosos, alimentación a través de una sonda nasogástrica o bien ventilación mecánica si no pueden respirar por sí mismos. Esta unidad cuenta con mayor cantidad de aparataje médico, desfibriladores artificiales, monitores cardíacos, o respiradores.

De todo ello podemos deducir que en la unidad de cuidados intensivos se hace necesario el trabajo de multitud de personal, desde intensivistas, enfermeras, aux-

iliares, celadores, etc. Los cuales han de estar muy bien preparados, pues los pacientes aquí internados requieren una atención muy singular. A lo largo del presente texto se analizarán las funciones que recaen sobre el celador en la unidad de críticos.
La función del celador en la unidad de cuidados intensivos requiere un especial conocimiento de a la hora de movilizar a los pacientes, debido a su comprometido estado de salud, por lo que debe conocer exhaustivamente las maniobras a la hora de realizar cambios posturales o técnicas médicas o de enfermería, pues es un miembro mas del equipo de esta unidad.

2 Objetivos

-Listar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de cuidados intensivos.
-Explicar concisamente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en las unidad de críticos.
-Llamar la atención sobre el valor del celador en la unidad de críticos, necesario para el correcto funcionamiento de la unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “UCI”, “unidad de críticos”, “unidad de cuidados intensivos” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El celador que vaya a realizar su labor en la unidad de cuidados intensivos, por las características de esta unidad y el vulnerable estado de sus pacientes, pues algunos están en estados de conciencia disminuida, en estado posoperatorio, o atravesando grandes dolencias; ha de estar muy bien preparado, con la formación adecuada en la realización de cambios posturales y traslado de enfermos. Además, deberá cuidar que su uniforme se encuentre en perfecto estado, cambiarlo cuando sea necesario y utilizarlo exclusivamente en la unidad de críticos y sus anejos, jamás ir a la cafetería o salir del hospital con él, debido al riesgo de trasmisión de infecciones nosocomiales y patógenos multirresistentes, y, por la propia susceptibilidad de los pacientes ingresados en esta unidad a contraer este tipo de infecciones, el celador cambiara periódicamente su uniforme y utilizará protección extra necesaria como EPIS, gafas de protección, mascarillas FPP2, gorro de quirófano o guantes cuando la condición del paciente lo requiera.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador trasladará a los pacientes desde la planta o unidad correspondiente hasta la sala de cuidados intensivos cuando sea necesario, así como toda la documentación necesaria para la asistencia del paciente, su identificación, y los dispositivos que el paciente necesite y/o ya lleve consigo, como la vía y el gotero, o el sistema de monitorización. Además, trasladará a los pacientes cuando estos necesiten salir puntualmente fuera de ella, como por ejemplo si fueran necesarias pruebas complementarias o cirugía, o cuando el paciente reciba el alta. el celador deberá conocer las posturas más adecuadas para llevar a cabo dichas movilizaciones y evite dolor o lesiones innecesarias a los pacientes de esta unidad.

El celador se encargará de trasportar todos los dispositivos médicos necesarios, como máquina portátil de rayos X, ecógrafo portátil, monitores, carritos, respiradores, desfibriladores etc, tanto desplazamientos dentro de la propia unidad de cuidados intensivo como fuera de ella, cuando la situación lo requiera.

El celador asistirá al personal sanitario cuando este requiera de sus servicios, por ejemplo, cuando sea necesario inmovilizar a un paciente en una determinada posición para la realización de pruebas complementarias, o cuando sea necesario que el celador sostenga algún aparato médico.

Es de vital importancia que el celador contribuya a no empeorar la salud de los pacientes críticos de esta unidad, conociendo bien los protocolos de asepsia y siguiendo rigurosamente y de forma profesional las órdenes de los superiores.

5 Discusión-Conclusión

En la unidad de cuidados intensivos se encuentran los pacientes más vulnerables, con patologías graves, que requieren cuidados y vigilancia mucho más estrecha que los pacientes internados en planta, es por ello que el personal que trabaja en esta unidad ha de estar muy bien preparado, instruido en las medidas y prácticas correctas de asepsia y antisepsia, movilización correcta de pacientes etc., esto incluye también al celador, una figura esencial en todas las secciones del hospital, y que en la unidad de críticos su contribución ayuda a que esta funcione de forma adecuada, ya sea ayudando a movilizar a los pacientes, transportándolos a donde sea necesario, o moviendo inmobiliario o aparatos médicos donde estos sean requeridos.

6 Bibliografía

1. El Celador en la Unidad de Cuidados Intensivos - SINFSA. (n.d.). Retrieved July 11, 2022, from https://sinfsa.com/producto/el-celador-en-la-unidadde-cuidados-intensivos/
2. Celadores en la Unidad de Cuidados Intensivos - II Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2022: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved July 11, 2022, from https://congresosicepa.com/celadores-cuidados-intensivos/</div

Capítulo 464

ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA

ANA BELEN MARTINEZ JUAN

MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO

ARACELI GIL GONZALEZ

JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El servicio de lencería es aquel dentro de un hospital el cual se encarga del manejo de toda la ropa de cama, sábanas de quirófano toallas, y uniformes de personal sanitario, no sanitario y pijamas de pacientes. Entre sus funciones se encarga de recoger toda la ropa sucia, trasportarla al servicio de lavandería donde será lavada y desinfectada siguiendo la normativa vigente y devuelta a las zonas del hospital y/o personal para que pueda ser reutilizada de nuevo.
El servicio de lencería contribuye así a mantener el hospital limpio, y a evitar la trasmisión de infecciones nosocomiales, pues sabemos que buena parte de estos microorganismos multirresistentes son potencialmente transmisibles a través de uniformes o pijamas no desinfectados adecuadamente. Resulta importante instruir en la optimización máxima de este servicio, pues una parte nada despreciable de los presupuestos de los hospitales van destinadas al mismo.

Una figura esencial en el servicio de lencería es el celador, sobre el cual recaen buena parte de las labores que se realizan en este servicio, además de las enfermeras, auxiliares y personal de lavandería.
En el presente texto se presentarán las tareas que el celador realiza en la sección de lencería, imprescindible para que los hospitales funcionen de manera adecuada, se impida la transmisión de infecciones, y el enfermo se encuentre a gusto y confortable durante su estancia en el mismo.

2 Objetivos

-Listar las funciones que el celador lleva a cabo en la sección de lencería.
-Exponer de forma breve en qué consisten dichas funciones, destacando la labor del celador esta sección.
-Poner en valor la profesión del celador, imprescindible para el correcto funcionamiento de la sección de lencería.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador", "lencería" y utilizando el límite "spanish" para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

A continuación, se listarán y comentarán las funciones que recaen sobre el celador en el servicio de lencería de los hospitales.

El celador se encargará de cuidar y educar al resto del personal, así como a los enfermos, en el correcto uso de los enseres y ropas del hospital, evitando que se haga un uso indebido de las mismas y su deterioro y, si fuera necesario, darán cuenta a sus superiores de las alteraciones o anomalías que detecten.
A primera hora de la mañana, cuando se reciben los carritos con la ropa y sabanas limpias provenientes de lavandería, serán los celadores quienes descarguen los contenedores de ropa limpia, transporten las sábanas y resto de ropa de cama, pijamas de quirófano, batas, zapatos y uniformes del personal hasta las plantas, vestuarios de quirófanos y otros servicios donde se vaya a realizar uso de los mismos. También se encargarán de recoger las bolsas de ropa sucia de las plantas y pijamas usados de quirófano al final de la jornada y los transportarán hacia el servicio de lavandería, donde serán lavados e higienizados de nuevo para poder ser utilizados al día siguiente.
En aquellos hospitales donde el servicio de lavandería no se lleve a cabo dentro de las instalaciones del propio hospital, sino que se haya contratado a través de una empresa externa, serán los celadores los transporten los carros con las ropas, uniformes y demás enseres hacia el muelle del hospital donde serán cargadas en los camiones. Así mismo, por la mañana, los celadores ayudarán a los camioneros a realizar la descarga de los mismos antes de ser distribuidos por el hospital, vigilando que la mercancía obtenida sea la correcta y llevando la cuenta de los pedidos descargados.
Si el enfermo debiera guardar reposo absoluto, se encontrase inconsciente o por su estado no fuera posible que este se levantara para cambiarle las sábanas y hacer la cama, los celadores ayudarán a los auxiliares a realizar la cama con el paciente encamado, situándose uno a cada lado, informando al enfermo de lo que se va a realizar, movilizándolo siempre con sumo cuidado y procurando su confort. Cuando sea requerida la ayuda del celador para hacer la cama con el enfermo acostado, este siempre se lavará las manos y utilizará guantes y resto de medidas de aislamiento en caso de ser necesarias, al igual que todo personal que vaya a estar en contacto con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado, el servicio de lencería es necesario para el normal funcionamiento del hospital ya que su misión es proporcionar, distribuir, transportar y recoger toda la ropa y pijamas del enfermo, uniformes, etc. y batas del personal y toda la indumentaria de ambos. Personal médico y no médico. Este es un servicio que involucra a muchos miembros del personal, sastres, asistentes, personal

de ropa interior y cuidadores, quienes son estos últimos los principales responsables de la distribución y transporte de todas las pertenencias de los pacientes en el hospital y llevarlos a la lavandería. que se refiere al mantenimiento de la ropa interior.

6 Bibliografía

1. El celador en el Servicio de Lencería del Hospital - II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo." (n.d.). Retrieved July 6, 2022, from https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/
2. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Test 35. Lencería. Ropa de cama hospitalaria. (n.d.). Retrieved July 11, 2022, from http://celadoresonline.blogspot.com/p/test-35-lenceria-ropa-de-cama.html

Capítulo 465

LA SEGURIDAD DEL ENFERMO EN LA ESFERA HOSPITALARIA POR EL CELADOR

DIEGO ALONSO GONZÁLEZ

MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO

MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS

ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ

PABLO DEL PINO CORROCHANO

1 Introducción

La seguridad del enfermo es un componente prioritario y esencial de la buena atención sanitaria. La mejor manera de proteger a los enfermos para que no surja ningún incidente debido a algún error es, ante todo, prevenirlos, así como cuidar al máximo la atención prestada para evitar eventos adversos y aplicar medidas para mejorar la calidad asistencial.
Por eso un incidente que está relacionado con la seguridad del enfermo es una circunstancia que podría haberle ocasionado o le ha ocasionado un daño innecesario.
Se distinguen tres tipos de incidente:
- Cuasi incidente: cuando no logra llegar al enfermo.
- Incidente sin daño: si le alcanza, pero no causa daño apreciable.

- Evento adverso: incidente que ocasiona daño.
- Podemos decir que la seguridad del enfermo consiste en reducir el riesgo de daños innecesarios que podamos ocasionar al mínimo posible que sea aceptable en función de estos tres criterios:
- Los conocimientos del momento.
- Los recursos disponibles.

El ámbito en el que es prestada la atención.

Por todo esto, no hay que olvidar que a su vez es necesario involucrar activamente tanto a los enfermos como a sus familiares en el fomento de las habilidades precisas para la seguridad del enfermo y poner un especial cuidado para la aplicación de unas buenas prácticas y evitar los posibles errores, ya que todo esto es el resultado de que exista un equilibrio permanente entre las múltiples actuaciones que interaccionan entre el sistema sanitario, los profesionales y las familias.

Mejorar la seguridad depende de un aprendizaje continuo entre todos los responsables que prestan la atención sanitaria, ya que daños asociados a ella se derivan de las medidas o planes que se adoptan o que se asocian a ellos durante la prestación de los servicios sanitarios; es importante destacar que existen complicaciones esperadas que surgen durante una lesión o enfermedad.

2 Objetivos

Representar un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo un mayor hincapié en la identificación de los riesgos, una mejor prevención, una detección temprana, la reducción eficaz de los riesgos al mínimo, una recuperación rápida en los incidentes y la resiliencia del sistema sanitario.

Saber identificar cómo se pueden reducir el riesgo y el daño a lo largo de todo el itinerario del enfermo, con el fin de lograr un mayor beneficio en la prestación de la atención sanitaria.

Analizar los roles que desempeñan los condicionantes humanos y el sistema sanitario en la seguridad del enfermo.

Identificar de una manera clara y precoz los posibles problemas de seguridad del enfermo.

Fijar claramente las prioridades y concebir unas soluciones eficaces relacionadas con la seguridad.

Implicar tanto al sistema sanitario como a los profesionales y a sus familias a ser partícipes clave en velar por la seguridad del enfermo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos definir las medidas adoptadas para reducir el riesgo como: acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar posibles daños futuros asociados a un incidente o un error o la probabilidad de que estos se produzcan.
En esta misma línea podríamos afirmar que seguridad e inseguridad del enfermo no es una variable, sino un" continuo dinámico" consecuencia de la interacción de múltiples actuaciones de los profesionales y el sistema en el que trabajan. La seguridad del enfermo no solo reside únicamente en un profesional excelente y cualificado, en una tecnología innovadora o un departamento competente responsable de su control y mejora. Mejorar la seguridad depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan todos estos componentes del sistema, ya que tiene que haber un equilibrio permanente en las muchas actuaciones entre los profesionales y el sistema sanitario.
Los resultados de una mala gestión de la seguridad para el enfermo pueden clasificarse según:
El tipo de daño.
El grado de daño.
El impacto social o económico.
Todo esto se puede evitar dando prioridad a la participación del enfermo y escuchando sus necesidades, estableciendo una eficaz coordinación y una fuerte cooperación entre los equipos, así como, ante todo, fomentar una actitud diligente de vigilancia, anticipación y atención al enfermo. Hay que desarrollar una capacidad de respuesta rápida para llevar a cabo todas las intervenciones asistenciales precisas y anticiparse de una manera eficaz al deterioro, ya que todo esto es fundamental para una atención segura, tanto dentro de las dependencias hospitalarias como fuera de ellas.
Hay dos escenarios esenciales a tener en cuenta para aplicar todas las herramientas precisas en la implantación de unas medidas eficaces en seguridad:

- En el plano profesional: una buena práctica tiene que tener como componente esencial la seguridad del enfermo. La mejor forma de proteger al enfermo y a sus familias es evitar los eventos adversos previniendo errores ligados a la atención, implantando medidas de mejora para que no vuelvan a suceder, procurando un buen diagnóstico y la aplicación de un tratamiento eficaz. Y todo ello de la mano de unos buenos cuidados. Ya que tenemos un amplio rango de actividades y procedimientos encaminados a la atención y atención del enfermo, debemos ser cuidadosos en el diseño y procurar una mejora continua de los procesos derivados de la atención a la salud y dirigirlos especialmente a reducir la posibilidad de que ocurran errores asociados a estas prácticas y que aumente la probabilidad de detectarlos cuando suceden.
A nivel institucional: hospitales, centros de atención primaria, residencias y centros sociosanitarios, etc. Son muchos los escenarios en los que se desarrolla la atención a la salud y estos deben estar diseñados y organizados para reducir los riesgos para los enfermos que son atendidos, para los profesionales que en ellos trabajan y para los visitantes que acuden a sus instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del enfermo es, por todo ello, un espacio de trabajo común y esencial para instituciones, profesionales y enfermos. Por lo cual hay que preocuparse y ocuparse dando una atención sanitaria de alta calidad en general, que se vea solo afectada por eventos adversos e incidentes de seguridad aislados. La calidad asistencial y la responsabilidad profesional son dos pilares para la obtención de una seguridad eficaz.
Hoy por hoy contamos con unas estrategias de seguridad muy limitadas para hacer frente a la realidad en el día a día de la atención sanitaria. Muchas veces solo se analiza el riesgo para los enfermos cuando el personal trabaja en condiciones difíciles, como ha pasado estos últimos meses con la situación del COVID-19, y casi siempre, por lo general, se hace en términos de la necesidad de más personal; sin lugar a dudas, esta puede ser una petición razonable, pero hay que tener en cuenta muchas más variables de las que depende la seguridad: formación, previsión de material y protecciones tanto para profesionales como para los enfermos, etc. No cabe duda de que, si hubiera más personal trabajando o si su tiempo pudiese aprovecharse mejor, podrían cumplirse los protocolos esenciales, pero no solo por esto hay que descuidar todo lo demás.
Todavía nos queda un largo camino por recorrer para ser capaces de cumplir con todos los protocolos que en todo momento y en todos los niveles son exigidos

en cualquiera de los campos de la atención sanitaria. En el futuro creemos que la evolución en materia de seguridad dependerá de que estén bien definidos todos los aspectos de la seguridad de una forma más amplia, vinculándola a una interpretación más eficaz de las aspiraciones y objetivos totales del sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. OMS, Organización Mundial de la Salud (2009)
2. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Enfermo. In- forme Técnico Definitivo. Geneva, Switzerland, WHO. [Online] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
3. Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Enfermo: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Madrid: Modus Laborandi, 2016. Disponible en https://www.seguridaddelenfermo.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-
15-diciembre/Seguridad_del_enfermo.pdf.
Aibar-Remón C. (Universidad de Zaragoza) y Aranaz-Andrés J.M. (Hospital Ramón y Cajal de Madrid).
4. Gobierno de España. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Seguridad del enfermo y prevención de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Capítulo 466

EMERGENCIAS CON MÚLTIPLES VICTIMAS ORGANIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SOCORRO MUESTRAS POR EL CELADOR

MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO

DIEGO ALONSO GONZÁLEZ

MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS

ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ

PABLO DEL PINO CORROCHANO

1 Introducción

En el contexto del caos organizativo de un IMV surge la necesidad de sectorizar, o sea, crear diferentes zonas funcionales de trabajo:
■ Área de Impacto o de Rescate (Zona Roja ó Zona Caliente): lugar donde la desestructuración es exponencial, es la zona del propio siniestro. Aquí se efectúa las labores de búsqueda y salvamente. Esta zona como concepto general está excluida a los equipos sanitarios (salvo solicitud expresa de los rescatadores, y previa valoración). Aquí actuarán los propios supervivientes y los equipos de rescate, que al mismo tiempo ostentan el mando.
■ Área de Socorro (Zona amarilla o zona templada): es la zona inmediatamente anexa al área de impacto, pero segura, y debe contar con vías de comunicación.

En ella se ejecutará el triaje, la asistencia sanitaria y la evacuación de lesionados al Puesto Sanitario Avanzado y de éste a los diferentes hospitales a través de los puntos de evacuación (helicópteros, ambulancias), todo ello a través de las norias de camilleros.
■ Área de Base (Zona verde o zona fría): donde se concentrarán los medios de apoyo, sin entorpecer las labores de socorro y salvamento. En ella que se ubicará el Puesto de Mando y las ambulancias en espera de acceder al Puesto de Carga de Ambulancias (PCAmb).

2 Objetivos

- Exponer en especial en este artículo la descripción de las áreas de socorro como espacio físico por el profesional y figura del celador.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de trabajo en equipo y comunicación, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

ÁREA DE SOCORRO
El Área de Socorro (A S) es el área físico, además del lugar y que este será el encargado y responsable en cuanto a estructura, organización y habitáculo el que va a ir todo el personal sanitario y , además de sus medios y en el que posteriormente se ejecuta la clasificación por gravedad y se les aplicara el triaje correcto y adecuado a la situación , la selección, el acondicionamiento y el inicio de la evacuación de las víctimas . Esta área debe estar y ubicarse siempre en un lugar seguro , será restringido y adecuada y correctamente señalizado y que deberá permitir el acceso a los diferentes medios de evacuación terrestres y aéreos .
En el Área de Socorro se desplegarán un Área de clasificación o triaje donde desarrollará y organizara durante toda la asistencia , su labor el equipo de triaje , se habrá dispuesto un espacio donde preparar a las víctimas para la evacuación ,

Puesto Sanitario Avanzado , y un puesto de evacuación de lesionados , que puede ser vía terrestre (Puesto de Carga de Ambulancias) ó por aire (Puesto de Evacuación Aéreo) .
Una estructura clave de esta zona es el Puesto Médico Avanzado (P M A) o Puesto Sanitario Avanzado (P S A) , para evitar confusión del acrónimo con el Puesto de Mando Avanzado.
La organización del área de socorro , se adaptará a la naturaleza y a las características del I M V . En el P S A , por lo general se ejecutarán maniobras de Soporte Vital Avanzado orientadas a la puesta en estado de evacuación de la víctima , es decir, ponerla de modo que pueda iniciar una evacuación lo más precoz posible y en las mejores condiciones posibles para lograr la supervivencia .
Área de Impacto o de Rescate (Zona Roja ó Zona Caliente): lugar donde la desestructuración es máxima, es la zona del propio siniestro.
Área de Socorro (Zona amarilla o zona templada): es la zona inmediatamente anexa al área de impacto, pero segura, y debe contar con vías de comunicación
Área de Base (Zona verde o zona fría): donde se concentrarán los medios de apoyo, sin entorpecer las labores de socorro y salvamento.
Y lo que nos atañe en este artículo sobre las áreas de socorro y que realzaremos será
El Área de Socorro (A S) es el espacio físico que será el encargado en cuanto a estructura y habitáculo el que va a todo el personal sanitario y, además de sus medios y en el que posteriormente se ejecuta la clasificación , la selección, el acondicionamiento y el inicio de la evacuación de las víctimas .

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en la descripción lo más relevante y de vital importancia es la organización y por supuesto la adecuada estructuración siempre conveniente con la situación en la que se deberá establecer como será la asistencia y los espacios dedicadas a ella, para que toda la asistencia y prioridad en los heridos se realice lo más eficaz y eficiente posible por lo que el papel del profesional celadore y y de otros profesionales del equipo sanitario a la hora de responder con prontitud y organización será fundamental y establecerá una de las partes mas significativas para que todo fluya en beneficio de las víctimas.

6 Bibliografía

1. http://ikastaroak.ulhi.net/edu/es/EME/DS/DS02/es_EME_DS02_Contenidos/website_44_control_y_aislamiento_de_la_zona.html
2. https://soportevital112.blogspot.com/2015/03/sectorizacion-en-emergencias.html
3. http://24tes.blogspot.com/2015/12/loxistica-sanitaria-unidade-4.html
4. https://slideplayer.es/slide/4990459/
5. Aguilar Reguero JR. Catástrofes urbanas: Atención y evacuación de pacientes en lugares de difícil acceso. [consultado 20 julio 2019]. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/catastrofes%20urbanas.pdf
6. Barroeta Urquiza J, Boada Bravo, N. Algunos aspectos generales de la asistencia de urgencia y emergencia médicas [Internet]. Madrid: Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España; 2011 [consultado 20 julio 2019]. Disponible en http://www.epes.es/visita/SEMS/capitulos/2.pdf
7. Leonardo Ristori H. Respuesta prehospitalaria al evento con múltiples víctimas. Rev Med Clin Condes. 2011;22(5):556-565.
8. Cester Martínez A, Gasca Gómez, JC. Plan Especial de Actuación Saniraria. Extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes [Internet]. Zaragoza; 2008 consultado 17 julio 2019]. Disponible en http://www.sanitariosbomberos.es/docjornadas/zaragoza%202008/14%20-%20PEM.pdf

Capítulo 467

EL CELADOR Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA

JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ

NATALIA PLA CARRETERO

AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA

MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA

1 Introducción

Vamos a exponer en este capitulo y a enfocarlo en que el retraso mental o retraso mental afecta la capacidad de vivir, estudiar y trabajar de forma independiente. Una persona puede necesitar ayuda con la cocina, la banca, los viajes, la gestión social, las visitas al médico y en el trabajo. Tres de las discapacidades intelectuales o del desarrollo más comunes son el síndrome de Down, el autismo y la lesión cerebral traumática. Muchas familias cuidan a personas con discapacidad intelectual o retrasos en el desarrollo. Podría ser un niño pequeño, un hijo adulto que vive en casa con sus padres o incluso un hermano adulto. El envejecimiento de la población dará lugar a una mayor incidencia de enfermedades crónicas y, en consecuencia, de enfermedades relacionadas con la discapacidad. Esto tendrá importantes consecuencias económicas para la sostenibilidad del sistema de salud

pública. En este sentido, se espera que los costos asociados con el tratamiento crónico de muchas enfermedades y muchos medicamentos aumenten significativamente. Para el 2022, se proyecta que esta enfermedad se convierta en la principal causa de discapacidad y para el 2030, se espera que la incidencia se duplique. Asimismo, se estima que en 2050 el 28% de la población europea tendrá 65 años o más.

2 Objetivos

Describir funciones del celador ante un paciente con una discapacidad intelectual, autismo o parálisis cerebral del que se sospeche o se tenga la certeza de que tiene una infección u otro tipo de enfermedad.

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 evaluar y tratar a personas con discapacidad intelectual, autismo o parálisis cerebral con infecciones conocidas o sospechadas u otros trastornos, se debe considerar lo siguiente:
Tenga en cuenta el ”efecto sombra de la discapacidad”: los síntomas asociados con la mala salud se confunden con un trastorno mental, un problema de salud o de comportamiento, o un retraso en el desarrollo mental o inteligencia innata. Ocurre cuando estas personas tienen la misma enfermedad que todos los demás, pero sus reacciones y síntomas son diferentes y menos evidentes. Los síntomas clínicos de la infección por coronavirus pueden o no ser diferentes de los observados en personas sin estas discapacidades. - Guardar información relevante sobre esa persona. Algunas personas con discapacidad intelectual, autismo o parálisis cerebral traen documentos sobre quiénes son, sus necesidades de salud, sus estilos de comunicación preferidos y los intereses de los demás. Pregúntate a ti mismo o a tu compañero de viaje si tienen uno de estos documentos. - Escuchar a

los seres queridos/cuidadores: conocen al paciente y el proceso de atención. Esto es especialmente importante si no puede estar con ellos mientras está en el hospital. Es una cuchara para ellos y para el paciente, sus declaraciones ayudan a determinar el estado clínico inicial del paciente, la presencia de otras comorbilidades y los medicamentos que está tomando. También sé que si el comportamiento actual del paciente es anormal, puede indicar que el paciente no se siente bien. Los familiares y cuidadores pueden crear un video corto de la persona para dar una idea de su comportamiento normal. - Comuníquese de manera que la persona entienda: use un lenguaje simple y claro, evite tantos términos médicos y "jerga" como sea posible, hable despacio pero no demasiado, hable con la persona mientras habla, sin señalarlo. dedo en miembros de la familia o cuidadores. Algunas personas son pobres en la comunicación verbal y no pueden explicar sus sentimientos. Hable con la persona, el ser querido o el cuidador utilizando los medios de comunicación habituales. Las fotos son una excelente manera de conectarse con algunos, pero no con todos. - Tratar a la persona en su totalidad: abordar en orden cronológico. Puede que tenga que pasar más tiempo. Explicar con antelación los procedimientos a realizar, las pruebas necesarias, tratamientos, etc. Todo esto garantiza seguridad y tranquilidad. Tener un familiar o un profesional de apoyo puede reducir la probabilidad de desarrollar problemas de conducta y ayudar a la persona a comprender la situación. - Garantizar el derecho a la información y al consentimiento informado: según la legislación española, las personas con discapacidad intelectual, autismo y parálisis cerebral, como cualquier otra persona, tienen derecho a la información y al consentimiento del paciente. Tienes derecho a consentir. . En este proceso, es importante recordar que una discapacidad no significa que algo sea intrínsecamente incomprensible. Su consentimiento solo puede ser retirado en caso de una amenaza grave e inmediata a su integridad. Para cumplir con estas obligaciones, la información debe ser accesible y comprensible. Si el paciente no comprende la información y/o se determina que la condición del paciente es inadmisible debido a la incapacidad de asumir la responsabilidad de la situación, la información puede pasar a la persona relevante para el paciente o que realmente lo hace. Consentimiento en nombre Si una persona ha cambiado de capacidad jurídica y eso se indica en la decisión, la información puede ser revelada al representante legal de esa persona, quien puede autorizarlo a hacerlo. Al hacerlo, puede estar de acuerdo. En todos los casos, sin embargo, las personas deben participar tanto como sea posible en el proceso de toma de decisiones. Condiciones razonables de acomodo y cuidado. Los motivos médicos razonables son obligaciones legales no discriminatorias que se aplican siempre que se cumplan las condiciones. Es posible que se pregunte a los pacientes y

sus cuidadores/familiares sobre los pasos que pueden tomar para ayudar a los pacientes a colaborar con una mayor disposición a comprar.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud juegan un papel importante en el cuidado y manejo clínico de pacientes con enfermedades crónicas y discapacidad leve a moderada. El diagnóstico de una enfermedad crónica implica un impacto en la vida del receptor y en la vida de sus familiares, ya que recibirá una gran cantidad de información sobre la enfermedad, el tratamiento y el estilo de vida para un tratamiento adecuado. En este entorno, es necesario actuar para mejorar la salud y el desempeño económico de las personas del sistema. Entre ellos, la investigación en el área de la comunicación médico/trabajador médico-paciente/familia es importante en cuanto a la variabilidad en el perfil de la relación entre un paciente educado y competente, más activo y un experto con posición activa. Posición. menos patriarcal. Además, varios estudios han demostrado que la comunicación eficaz entre médico y paciente tiene un impacto directo en la satisfacción y la adherencia del paciente, así como en la adherencia a la medicación, y está relacionada con la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y del médico y los resultados de salud.

6 Bibliografía

1. Academia Americana de Médicos de Familia, familidoctor.org.
2. Plan para la igualdad de la Junta de Andalucía.
3. Confederación Plena inclusión.
4. Instituto Albert J. Jovell de la Salud Pública e Instituto Universitario de pacientes

Capítulo 468

EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CAMILLA ELÉCTRICA CONVERTIBLE EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DE OFTALMOLOGÍA

JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ

NATALIA PLA CARRETERO

AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA

MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA

1 Introducción

El celador debe de estar integrado en el equipo de trabajo de quirófano. Al ser parte de este podemos no solo desarrollar nuestro trabajo, sino que además podemos aportar ideas y soluciones consiguiendo mejoras en la calidad del trabajo.
La figura del celador es una pieza clave en el quirófano, ya que presta un servicio fundamental de apoyo al equipo sanitario que forma este quirófano.
Estos pacientes requiere un trato especial por el tipo de patología que presentan, que puede agravarse si no recibe un trato asistencial adecuado durante la inter-

vención quirúrgica, su colocación y movilización requiere una precisión de suma importancia.
El Servicio de Oftalmología dispone de un único celador, pieza clave en la relación diaria con los pacientes y el equipo quirúrgico. Este profesional dinamiza la actividad diaria del quirófano, está presente en cada una de las intervenciones y a lo largo de todo el proceso: acogida del paciente, vestuario, acomodación en la camilla (propia mesa quirúrgica), entradas/salidas de quirófano y acompañamiento al alta. El diseño de las camillas es básico para el confort del paciente y la ergonomía del profesional, siempre, cumpliendo las especificaciones requeridas para este tipo de cirugías, con el fin de disminuir los efectos nocivos consecuencia de una posición anatómica inadecuada.

2 Objetivos

Explicar la implementación de la camilla eléctrica convertible en el servicio quirúrgico de oftalmología, resaltando la importancia del celador en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica 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 gran actividad del Área Quirúrgica (3713 intervenciones anuales) y la tipología de paciente motivó un programa de implementación de camilla eléctrica convertible con los siguientes objetivos:
1. Mejorar la seguridad del paciente evitando la bipedestación prematura.
2. Mejorar la comunicación y feedback con el paciente.
3. Optimizar las tareas de movilización, mejorando la operatividad del Servicio.
4. Disminuir el esfuerzo físico del celador.
Tras la implementación, el celador realiza hasta un 42% de movilizaciones diarias menos, (133 movilizaciones menos a la semana). La convertibilidad eléctrica de la camilla ahorra el 100% de transferencias de pacientes de la camilla a la butaca,

disminuyendo significativamente el número de pacientes intervenidos que presentan síntomas de bipedestación prematura.
Es imprescindible en el trabajo del celador en quirófano conocer todas las posiciones en las que tienen que colocar al paciente en cada caso, conocer los problemas generales de una mala colocación y sus efectos sobre los pacientes.
Los celadores no solo aportamos nuestros conocimientos técnicos, además nos presentamos como los profesionales que le vamos a atender, acompañándolo, transmitiendo seguridad, comprendiendo y cuidándolo.
Intentamos minimizar sus miedos, le mostramos que detrás de una mascarilla hay una mirada cómplice, segura, cálida y humana. Este tipo de cuidados contribuyen a reducir la ansiedad, el estrés y la depresión de los pacientes consiguiendo mejorar la calidad asistencial.
En la creación de un área quirúrgica más humanizada en la que se apliquen las estrategias adecuadas que disminuyan los niveles de ansiedad en los pacientes prequirúrgicos es imprescindible la figura de los Celadores, ya que somos pieza clave en este sentido, pues no solo somos unos profesionales con cada vez más conocimientos técnicos, también somos los profesionales que vamos a acompañar a los pacientes en el quirófano desde el primer momento hasta el último y durante casi todo el proceso asistencial mostrándoles una mirada cómplice, que le comprende, que le acompaña, que le ayuda y que le tranquiliza. No es más profesional el Celador que tiene las mejores cualidades técnicas, es el que además de poseerlas es humano.
En los protocolos de humanización en las áreas quirúrgicas es imprescindible la colaboración de los celadores.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la certeza de que la participación del celador en este proyecto ha consolidado su reconocimiento dentro del equipo. La implementación ha sido satisfactoria por parte del equipo multidisciplinar y del paciente. Se ha logrado una mejora del circuito quirúrgico, una mayor eficiencia del celador y un aumento significativo en la seguridad del paciente.
Es Importante que a los celadores se nos permita aportar ideas para poder dar posibles soluciones a intervenciones complejas en las que somos imprescindibles así mismo es indispensable contar con buen material para realizar nuestro trabajo.
Los pacientes en el postoperatorio no tendrán dolores articulares, ni zonas de la piel afectadas por la presión sobre ella de algún aparato o una simple sonda

favoreciendo de este modo su posterior recuperación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 469

EL CELADOR ANTE EL MOMENTO DEL PARTO CON CORONAVIRUS (COVID-19)

JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ

NATALIA PLA CARRETERO

AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA

MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA

1 Introducción

El brote de Covid-19 está aumentando rápidamente en número de casos, muertes y países afectados, y las mujeres embarazadas necesitan cuidados especiales en relación con el diagnóstico, manejo y prevención. Es fundamental que a las mujeres embarazadas no se les nieguen intervenciones que puedan salvar vidas en el contexto de una amenaza de enfermedad infecciosa grave, a menos que exista una razón de peso para excluirlas. Los sistemas de vigilancia de los casos de Covid-19 deben incluir información sobre el estado del embarazo, así como los resultados maternos y fetales. Es importante estar atento a la propagación de la enfermedad y poder implementar rápidamente las medidas de control y gestión de brotes una vez que el virus llega a la comunidad. Por lo tanto, este estudio fue

diseñado para mejorar la calidad de la atención de los sanitarios a través de lo que necesitan saber sobre el coronavirus durante el embarazo y el parto.
El Covid-19 no debe influir en el modo de parto si la situación respiratoria de la madre requiere un parto de emergencia. La madre infectada que tiene un trabajo de parto espontáneo podría recibir la aprobación para que dé a luz por vía vaginal. Puede considerarse la posibilidad de acortar la segunda etapa mediante un parto vaginal eficaz mediante pujos activos, ya que el uso de una mascarilla filtrada puede resultar difícil para la madre.
En el estudio de Lui, el 50% de las mujeres embarazadas dieron a luz mediante cesárea de emergencia debido a morbilidades maternas como sufrimiento fetal, rotura prematura de la membrana, muerte fetal intrauterina y 46% de trabajo de parto prematuro entre las 32 y 36 semanas. Para las madres exhaustas o hipóxicas, se debe tomar una decisión individualizada con respecto a acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto con el parto instrumental. En particular, la incertidumbre sobre el riesgo de transmisión de madre a hijo por parto vaginal fue otro motivo para realizar cesáreas. La falta de evidencia de infecciones de transmisión vertical que pueden ocurrir durante el parto vaginal es una preocupación encomiable.

2 Objetivos

Revisar las recomendaciones que aplican a todos los sanitarios y no sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con Covid-19 sospechado o confirmado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y en revistas electrónicas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión bibliográfica de publicaciones registradas en distintas bases de datos Google Académico, PubMed. Se incluyeron todos aquellos estudios relacionados habilidades sociales en el ámbito sanitario, publicados en español.

4 Resultados

Recomendaciones, para el sanitario de atención médica y no sanitarios, durante el parto:
Las recomendaciones siguientes se aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con Covid-19 sospechado o confirmado:
- La madre infectada debe ser ingresada en una sala de aislamiento con presión negativa en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Todos los proveedores de atención médica hospitalaria deben tener máscara de gas, pantalla protectora facial, gafas, guantes quirúrgicos y bata para atender casos confirmados de Covid-19.
- Se debe informar a las mujeres para que utilicen el transporte privado en lugar del transporte público y, si se requiere una ambulancia, la madre debe estar en cuarentena por posible Covid-19.
- Las mujeres deben ser conscientes de que se debe alertar a una partera a su asistencia antes de ingresar al hospital.
- Las mujeres deben usar una mascarilla quirúrgica adecuada y no deben quitarse hasta que la mujer esté aislada en una habitación adecuada.
- Las mujeres deben ser guiadas directamente a una sala de aislamiento, solo el personal esencial debe ingresar a la sala y las visitas deben mantenerse al mínimo.
- Todas las habitaciones de la madre que se utilicen deberán lavarse después de su uso según las directrices de esterilización del hospital.
- Los proveedores de atención médica deben notificar de inmediato al personal de control de infecciones en sus unidades sobre la futura madre que ha confirmado. Covid-19.
- Los proveedores de atención médica deben asegurarse de que la madre pueda cumplir los requisitos de control de infecciones.
- Los proveedores de obstetricia deben obtener un historial de viajes detallado de todos los pacientes y definitivamente deben preguntar sobre los viajes en los últimos 14 días a áreas comunes de Covid-19.
- Para la recolección de muestras con torunda nasofaríngea de Covid-19, todos los sanitarios deben usar un respirador purificador de aire motorizado.
- Se recomienda ejercicio para reducir la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo negativo durante este brote de enfermedad para los sanitarios con la cuarentena prolongada.
- Es obligatorio para todos los profesionales sanitarios que la autoprotección, el autocuidado y la higiene de las manos sean importantes.

- La unidad obstétrica debe estar equipada con instrumentos reutilizables y lavables a máquina que puedan desinfectarse fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario priorizar la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como la educación, el apoyo y la capacitación de los proveedores de atención médica en el control de la epidemia de infecciones. Todos los países involucrados con la epidemia del virus deben publicar sus datos de investigación y recomendaciones clínicas como base para la atención futura hasta que las pautas evolucionen a medida que se disponga de más datos y se acumule experiencia. Compartir datos puede ayudar a los países que probablemente se verán afectados por la epidemia del virus en el futuro a prevenir las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el Covid-19.

6 Bibliografía

1. Rasmussen SA , Smulian JC , Lednicky JA y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) y embarazo: lo que los obstetras deben saber . Soy J Obstet Gynecol. 2020; 222 (5): 415 - 426.
2. Yang H , Wang C , Poon L . Infección por nuevo coronavirus y embarazo . Ultrasonido Obstet Gynecol. 2020 ; 55 (4): 435 – 437.
3. Liu Y , Chen H , Tang K y col. Manifestaciones clínicas y resultado de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo . J Infect. 2020; pii: S0163-4453 (20) 30109-2. DOI: 10.1016 / j.jinf.2020.02.028.
4. (RCOG) RCoOaG. Infección por coronavirus (Covid-19) en el embarazo, información para profesionales de la salud; 2020.
5. Liu W , Wang Q , Zhang Q y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) durante el embarazo: una serie de casos. 2020 . 202002.0373.v1

Capítulo 470

MUESTRA POR EL CELADOR DE INSEGURIDAD EN ELECTRICIDAD ESTÁTICA EN EL TRABAJO

MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS

DIEGO ALONSO GONZÁLEZ

MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO

ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ

PABLO DEL PINO CORROCHANO

1 Introducción

La electricidad estática, distinguida con las siglas ESD, se trata de una pequeña descarga repentina, un calambre o chispazo que se genera debido a una acumulación o exceso de carga estática (originado por fricción), en un material, objeto u/o paciente, que se libera a través del cuerpo humano, siendo un excelente e idóneo conductor de la electricidad, creándose un espasmo muscular como respuesta.

Las descargas de electricidad estática en el profesional no sanitario que trabaja en centros de salud u Hospitales, son bastante recurrentes y comunes, pero no son peligrosos para la salud, no obstante, al estar rodeados de objetos y materiales que remiten electricidad estática, como pueden ser ordenadores, teléfonos,

impresoras, máquinas multifunción, material de oficina, la ropa y calzado que usemos etc., además. los propias pacientes remitimos esa electricidad, cargándonos de forma positiva y al entrar en contacto con objetos o materiales con carga negativa, se origina el traspaso de electricidad estática, dando lugar a pequeños chispazos molestos.
Las repercusiones de la acumulación de energía estática en el cuerpo del trabajador:
Puede producir irritabilidad, ansiedad, tensión, mal humor, estrés, falta de paciencia y dificultad para dormir con normalidad.
Puede ocasionar accidentes involuntarios como consecuencias de los movimientos reflejos de los trabajadores al recibir las descargas de electricidad estática como: Tropezones, choques y golpes contra las puertas, armarios, estanterías, cajoneras y otros mobiliarios poco estables; caídas y resbalones desde escaleras y bancos; heridas, cortes y pinchazos con materiales cortantes mal situados en el sitio de trabajo; electrocuciones por mal estado de los enchufes y cables al encender los aparatos eléctricos e incluso se nos puede soltar de las manos repentinamente la carga que transportamos, produciéndonos dolores musculares y esqueléticos y fracturas, etc.

2 Objetivos

Describir las adversidades de la acumulación de energía estática en el cuerpo del trabajador y nombraremos las pautas para prevenir descargas de electricidad estática en el sitio de trabajo del profesional 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, obteniendo información actualizada de los últimos 10 años. Usando los descriptores de ordenadores, máquinas, trabajo, acumulación de electricidad estática, descargas eléctricas y salud.

4 Resultados

Para prevenir las descargas de electricidad estática en los Centros de Salud u Hospitales dentro del espacio de trabajo por el uso diario de objetos, materiales, equipos y dispositivos electrónicos, debemos tener en cuenta lo siguiente:
Adaptar el sitio de trabajo para que tenga propiedades antiestáticas:
Debe contar con tomas de tierra que disipen las cargas electrostáticas.
Es conveniente que el mobiliario y material de oficina como: las sillas de trabajo, reposapiés, mesas, papeleras, papel, carros de transporte de historias, carpetas e incluso los pomos de las puertas y ventanas, tengan características antiestáticas, evitando materiales que acumulen cargas estáticas.
El suelo o pavimento del lugar de trabajo, es preferible que sean suelos técnicos o aquellos tratados con pinturas especiales u otros materiales antiestáticos. Se debe prevenir los suelos enmoquetados, ya que estos aumentan la conductividad.
Vigilar el Nivel de Humedad ambiental en el espacio de trabajo como mínimo el 50%:
Se puede regular con la instalación de aire acondicionado y/o humidificadores individuales.
Se puede abrir ventanas para que circule el aire y poder disipar la electricidad estática acumulada en el espacio de trabajo, ya que los ambientes secos facilitan la acumulación de electricidad estática en el cuerpo humano.
Medidas preventivas individuales respecto a los trabajadores encaminadas a prevenir la acumulación de energía estática:
No se debe arrastrar los pies y así prevenir fricciones contra el suelo.
Prevenir las ropas con tejidos de fibras sintética, se recomienda sustituir las fibras artificiales como el poliéster, nailon o licra, entre otras, ya que hacen que seamos un acumulador de electricidad, por ropas fabricadas con materiales más naturales como el algodón, lana, lino o seda. Además. es importante elegir bien el tipo de calzado a usar, el cual recomiendan que la suela sea de cuero. No usar calzado de goma.
Hidratar la piel: conviene beber líquidos frecuentemente para hidratar el cuerpo, ya que la sequedad en la piel es un elemento que favorece la acumulación de cargas estáticas.
Lavar las manos con frecuencia, tantas veces como quiera descargarse de la energía estática, ya que en algunos sitios de trabajo es complicado ducharse al salir de este.
Cuando Use su Vehículo para ir al trabajo, se recomienda que antes de bajarse del mismo para prevenir los chispazos o latigazos por cargas electrostáticas, sujete

la puerta antes de tocar el suelo con el pie, para hacer toma de tierra. Además. se puede colocar Cojines anticarga electrostática en el asiento, para prevenir el roce con la ropa al moverse dentro del vehículo.
Puede usar una pulsera o incluso llaveros antidescargas electrostáticas, para disminuir el exceso de corriente en el cuerpo.
Puede usar un Dedal en contacto con la piel, que hace como toma de tierra y al tocar una superficie o algo metálico, se disminuye la carga electrostática que se haya acumulado en el cuerpo.
Cada cierto tiempo, toca una superficie metálica.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la electricidad estática es un fenómeno causado por el desequilibrio que tienen todos los materiales u objetos con cargas positivas y negativas que existen en el mundo.
Generalmente, cuando recibimos las descargas de electricidad estática, de un material, objeto o por contacto con otro trabajador, se produce un chispazo o calambrazo que nos deja una sensación molesta y desagradable en el cuerpo, no siendo peligrosa para la salud, salvo para los trabajadores que llevan marcapasos y que con una chispa, dicho aparato puede ser dañado.
En nuestro trabajo, diario podemos prevenir las consecuencias de la acumulación de la electricidad estática en el cuerpo del trabajador, por el contacto diario de objetos, equipos, dispositivos electrónicos y por contacto con otras pacientes en el espacio de trabajo. Se debe seguir unas pautas preventivas individuales para prevenir sufrir pequeñas descargas molestas al contacto con objetos y pacientes.
Si en nuestro lugar de trabajo observamos que de forma continua estamos en sitios expuestos a descargas electrostáticas, deberemos comunicarlo a nuestro responsable para que lo revise y pueda actuar en consecuencia para solucionar el problema.

6 Bibliografía

1. https://www.webconsultas.com/
2. https://es.slideshare.net/
3. https://www.insst.es/
4. https://www.fundacionmapfre.org

Capítulo 471

SELECCIÓN DEL PINCHE DE COCINA CON LOS CUCHILLOS PARA CORTAR LOS ALIMENTOS

NOEMI MORENO RUBIO

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

VIRGINIA MOLERO UREÑA

CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO

MARIA OLGA RICO GOMEZ

1 Introducción

Uno de los instrumentos más importantes y que más veces va a usar un pinche de cocina, son los cuchillos. Esta es la herramienta que siempre entra en contacto con los alimentos, y por este motivo, el personal de la cocina hospitalaria debe conocer, manejar y usar correctamente, porque incluso en estos conceptos está el elaborar un buen o mal plato.
El pinche utiliza gran variedad de cuchillos, cada uno con sus características de hoja, mango, el filo que tenga y el material del que está fabricado, y cada uno para un tipo de uso distinto. Suelen ser más frecuentes los cuchillos de hoja de acero inoxidable por su carácter ampliamente higiénico.
El mango del cuchillo debe estar bien acoplado a la hoja, y el filo tiene que procurar dar un corte preciso y limpio, que evite que el cuchillo se escape, en pro, de

una buena presentación de los alimentos y para mayor seguridad del pinche de cocina que evite algún accidente indeseado.
En la cocina hospitalaria se utilizan y manejan una gran variedad de cuchillos, cada uno para un uso en concreto, y a lo largo del desarrollo del capítulo se van a describir cada uno de ellos.

2 Objetivos

-Diferenciar correctamente el pinche de cocina las clases de cuchillos que existen en una cocina hospitalaria.
-Describir las características de los diversos cuchillos que se encuentran en una cocina hospitalaria.

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 pinche de cocina en su trabajo diario va a usar una gran variedad de cuchillos según para qué función los necesite, entre los que se destacan los siguientes:
-Cuchillo jamonero. Tiene una hoja muy larga, estrecha y un filo liso. Se utiliza para cortar jamón y grandes piezas de carne. El pinche de cocina debe saber diferenciarlo del cuchillo salmonero, que tiene la punta de la hoja redondeada.
-Cuchillo de cocinero. Tiene una hoja ancha que acaba en punta.Es el típico cuchillo para cortar cebolla, aunque también se usa para limpiar, cortar y picar verduras. También se le conoce con el nombre de cuchillo cebollero y de medio golpe.
-Cuchillo para trinchar. Es un cuchillo más pequeño que el cuchillo jamonero, pero con la hoja un poco más ancha. Se usa para trinchar carnes y aves.
-Cuchillo de pan o panero. Como su nombre indica se usa para cortar el pan. Tiene el filo de sierra para facilitar el corte y no romper la pieza de pan.

-Cuchillo de filetear. Tiene forma muy parecida al cuchillo de trinchar. Se utiliza para cortar carne cruda y poder limpiar la grasa de la misma.
-Cuchillo para queso. Se caracteriza porque la hoja tiene huecos para facilitar que el queso no se quede pegado a la misma
-Cuchillo deshuesador. Es muy característico por su hoja muy delgada para facilitar que penetre en la carne cruda y poder quitarla del hueso.
-Cuchillo para verduras. Se utiliza para pelar y cortar verduras, hortalizas o frutas. La hoja termina en punta y posee un filo curvado, así como el tamaño adecuado para un manejo óptimo.
-Cuchillo hacha o hacha de cocina. Tiene una hoja grande y ancha parecida a un hacha, de ahí su nombre. Sirve para cortar piezas de carnes grandes con el hueso.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de la elección del cuchillo adecuado, el pinche de cocina debe tener en cuenta que esté perfectamente agarrado el mango a la hoja, para prevenir sustos a la hora de cortar, pelar o deshuesar algún alimento.
El pinche de cocina debe seleccionar en cada momento de la elaboración de los platos y menús el mejor cuchillo para la ocasión, evitando el deterioro o destrozo de la pieza de carne, pescado o incluso del corte del pan, por ello, es preciso que conozca con exactitud y sepa diferenciar los diferentes tipos de cuchillos a utilizar en cada momento del servicio.

6 Bibliografía

1. Clasificación del menaje de la cocina hospitalaria. Disponible en https://revistamedica.com
2. Tipos de cuchillos de cocina hospitalaria. Disponible en https://www.cehipar.es
3. Equipamiento de la cocina hospitalaria. Disponible en https://docplayer.es

Capítulo 472

FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA

NOEMI MORENO RUBIO

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

VIRGINIA MOLERO UREÑA

CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO

MARIA OLGA RICO GOMEZ

1 Introducción

Básicamente la definición de pinche se puede resumir en "la persona que es ayudante de preparación de alimentos". Pero esta definición va más allá que el mero entendimiento del término. El pinche de cocina es un profesional que trabaja sistemáticamente integrado en un equipo de profesionales con un objetivo en común, la elaboración de menús gastronómicos, sanos y apetitosos que contribuyan a la pronta mejoría de los pacientes ingresados en un hospital.
Pero esta definición como ayudante se queda corta en términos funcionales, porque no sólo el pinche ayuda en la preparación de alimentos, sino que su competencia profesional abarca también analizar y evaluar la información que recibe en la prestación de su servicio y debe conocer básicamente el uso de las nuevas tecnologías de la información.
En este aspecto se destaca la recepción de pedidos, el stock de los mismos, la realización de almacenaje, etc.

En esa función de ayuda, también debe incluirse la elaboración de platos sencillos, su emplatado y la presentación para la colocación en las bandejas. Se profundiza más su versatilidad funcional en el aspecto de la limpieza, el mantenimiento general y la ordenación de los utensilios y maquinaria utilizada, así como manejar correctamente los equipamientos propios de la cocina.

2 Objetivos

-Conocer las funciones del pinche de cocina de un centro hospitalario.
-Describir las funciones del pinche de cocina de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han obtenido datos científicos teniendo en cuenta numerosas lecturas científicas y técnicas en diferentes y contrastadas fuentes y recursos bibliográficos, así como en la obtención de información de diversas lecturas. Para ello, se ha tenido en cuenta buscadores como Cochrane, Mdline, Google Académico…

4 Resultados

Las funciones de un pinche de cocina son variopintas. Los pinches de cocina lavan y limpian las zonas de la cocina, las ollas, las sartenes y todos los utensilios y cubiertos utilizados, además de preparar las zonas de la cocina antes y después de cada servicio de comidas.
Estas funciones son realizadas de manera general, pero el pinche realiza otras funciones, que se van a describir a continuación.
-función de ayuda a los cocineros en la preparación de todos los alimentos. El pinche lava, pica, pela, corta, mide y mezcla los alimentos necesarios para la elaboración del menú correspondiente.
-función de montaje de los platos para el servicio concreto, desayuno, almuerzo, merienda y cena. En la cadena de montaje de platos, el pinche realiza el montaje de los mismos en las bandejas que luego irán colocadas en los distintos carros de distribución.
-función de revisar, pesar y almacenar los suministros en los refrigeradores y en los almacenes correspondientes, según la clasificación de los alimentos.

-función de lavado de los platos y de los utensilios de cocina para su posterior colocación en las zonas adecuadas.
-función de preparación y cocción de alimentos simples.
Pero el pinche de cocina también es el encargado de realizar las rotaciones de los alimentos en las cámaras frigoríficas, es decir, los alimentos con fecha de caducidad más larga se almacenan en el interior de las mismas, y los de una fecha más temprana, se acercan para su próxima recogida.
Dentro de la función de limpieza de las superficies de la cocina, el pinche elimina los residuos, clasificándolos y depositados en los contenedores que para tal efecto existen, cada residuo según su tipología en el contenedor adecuado.
Informa a la gobernanta de los defectos que se pudieran producir en el equipamiento de la cocina, así como de cualquier otra anomalía que pudiera presentarse en el servicio de cocina.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina es un profesional polivalente que asume una gran cantidad de funciones diversas, desde seguir las normas de seguridad e higiene alimentaria, hasta saber manejar el ordenador para las salidas y entrada de suministros.
El pinche de cocina es un profesional que debe serlo por vocación, le debe gustar su trabajo y su entrega, dentro de sus funciones, al paciente y comensales del hospital, contribuyendo a ofrecer un servicio de calidad y seguro en términos alimentarios.
Además debe ser un profesional acostumbrado a trabajar bajo presión en los momentos de la elaboración de los alimentos en los distintos servicios, debe adoptar la celeridad en el reparto de las bandejas, procurando que el menú llegué en perfecto estado de temperatura y conservación.

6 Bibliografía

1. Pinches de cocina. Disponible en https://www.comunidad.madrid
2. El pinche de cocina. Disponible en https://www.sspa.juntadeandalucia.es
3. Funciones de un pinche de cocina. Disponible en https://revistamedica.com

Capítulo 473

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA CON LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

NOEMI MORENO RUBIO

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

VIRGINIA MOLERO UREÑA

CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO

MARIA OLGA RICO GOMEZ

1 Introducción

El servicio de prevención de riesgos laborales del centro hospitalario tiene el deber de realizar una evaluación periódica de todos los servicios del centro. Dentro de sus funciones está la evaluación de riesgos laborales de la cocina hospitalaria. Uno de los indicadores que tendrá en cuenta es el referido a la higiene personal del equipo de profesionales que preparan y elaboran los menús, encontrándose dentro de los mismos, cocineros y pinches de cocina.
Del mismo modo, el servicio de medicina preventiva será el responsable del control periódico de los pinches de cocina y del resto del personal de la cocina hospitalaria, para evitar que profesionales que padezcan alguna enfermedad infecciosa, así como cólicos nefríticos, diarreas o tengan heridas o infecciones cutáneas, continúen estar en contacto con los alimentos y el propio local, hasta que desaparezcan las enfermedades indicadas.

Asimismo, en estas circunstancias, la manipulación de los alimentos y la limpieza de la cocina estarán encargadas al resto de profesionales que no contemplen ninguna enfermedad puntual, así como el reparto de las bandejas de los alimentos. Un simple constipado inhabilita al pinche a realizar estas tareas hasta su completa curación.
Otro indicador que hay que tener en cuenta es la propia higiene personal del pinche de cocina de la que se hablará a lo largo del desarrollo del capítulo.

2 Objetivos

-Exponer la higiene que debe tener un pinche de cocina en su trabajo diario.
-Conocer los métodos para una correcta higiene personal en el lugar de trabajo.

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

Todo el equipo de profesionales, entre ellos cocineros y pinches de cocina, que desarrollan su labor diaria en la cocina hospitalaria debe observar una correcta higiene personal. Esta higiene personal debe reiterarse sobre todo en el lavado de manos y el propio aseo de los profesionales.
Con relación al lavado de manos, el pinche de cocina, debe conocer que:
-se lavará las manos siempre antes de comenzar a manipular alimentos, ya sea para la elaboración de los menús o para acercarlos hasta la zona de preparación.
-se lavará las manos siempre después de ir al baño. Es sabido que en los aseos se acumulan una gran cantidad de gérmenes que se pueden adherir al tocar cualquier superficie del mismo.
-se lavará las manos siempre después de estornudar o toser, cubriéndose la boca con la parte anterior del codo, con el brazo flexionado y utilizando para limpiarse un pañuelo de papel y desecharlo en el contenedor correcto.

-se lavará las manos después de tocarse alguna parte de su cuerpo, cuero cabelludo, cara, etc.
-se lavará las manos después de la manipulación de cualquier tipo de envase, cajas, botes, porque estos están siempre contaminados.
-se lavará las manos después de realizar las labores de limpieza de la zona correspondiente, cuando barra, friegue, limpie la cadena de montaje de platos, etc.
-se lavará las manos en cada momento que sea necesario.
Pero también existen otros aspectos a tener en cuenta en la higiene del pinche de cocina, sobre todo a la hora de preparar y servir las bandejas, como es evitar escupir, fumar o comer. En relación con su aspecto físico, el pinche de cocina, debe procurar llevar el pelo corto, las uñas cortadas y limpias, libres de esmaltes y no portarán ningún tipo de adorno en las manos, como anillos, pulseras o relojes. Los pinches de cocina deben llevar el uniforme adecuado, ropa protectora que les cubra todo el cuerpo, la cabeza cubierta con un gorro protector y el calzado de protección correspondiente según las normas de prevención de riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina debe observar en todo momento las normas de higiene personal para evitar contaminaciones cruzadas que pongan en peligro la salud de los pacientes y del resto de personal que utiliza el comedor del centro hospitalario.
Para ello, el pinche de cocina, debe ser cuidadoso con su aseo personal, con el uniforme reglamentario y con la manipulación de alimentos y envases, que pueda manejar dentro de la cocina del hospital.
Aunque existen controles periódicos por parte del servicio de medicina preventiva y del servicio de prevención, pueden surgir incidentes puntuales que el pinche sepa resolver en el momento, evitando contagios indeseados.

6 Bibliografía

1. Manual de buenas prácticas en la cocina hospitalaria. Disponible en https://coli.usal.es
2. Pinches de cocina. Disponible en https://www.comunidad.madrid
3. La pinche de cocina con la higiene de los alimentos. Disponible en https://www.todostuslibros.com

Capítulo 474

LA ASERTIVIDAD COMO MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN EL SECTOR DE LA SANIDAD.

PALOMA ARANGO LÓPEZ

LETICIA GONZALEZ GONZALEZ

ESTHER BIGOTES ARGÜELLES

MªJACQUELINE CACHERO ALVAREZ

LORENA PADILLA MARTINEZ

1 Introducción

Habitualmente las personas pasan la mayor parte del tiempo relacionándose con los demás, porque somos seres sociales ya que nuestro cerebro necesita de otras personas y de sentirse dentro de una comunidad o de un colectivo y mostrándonos sensibles a los cambios emocionales que se producen en otros. Poseer buenas habilidades sociales va a determinar también el grado de felicidad de una persona, ya que nos permitirá expresarnos con naturalidad, resolver conflictos y ser claros a la hora de exponer nuestro punto de vista. Cuando estas habilidades sociales no están desarrolladas adecuadamente se pueden producir comportamientos inadecuados o momentos desagradables a la hora de interactuar con otra persona.

Los profesionales del sector sanitario están en continuo contacto con otras personas bien sea pacientes o los usuarios de los centros, interrelacionándose con ellos, así como sus propios compañeros y, habitualmente, puede suceder que estas relaciones se vuelven conflictivas, difíciles e incluso angustiosas. Es por eso, que desde hace años se está observado la gran importancia que tiene la comunicación en el sector sanitario, poniendo hincapié en que la comunicación en el sector sanitario sea una comunicación asertiva.

La asertividad tiene su origen en el latín y uno de sus sinónimos puede ser afirmativo. No obstante, el término más adecuado para el contexto en el que nos encontramos en la capacidad de una persona para expresar sus propios pensamientos, opiniones o derechos de forma firme, pero respetando a los demás, por lo que sería como un comportamiento entre la pasividad y la agresividad. La primera vez que se describió este término fue en el libro "Educar en la asertividad", escrito en 1949 por Andrew Salter y en él se plasmaba la asertividad como una mera característica de las personas, en la que se creía que unas personas nacían con asertividad y otras no. Fue posteriormente 1958 y 1966 cuando Wolpe y Lazarus, maestros expertos en psicología, definieron asertividad como la capacidad de expresar los sentimientos propios estableciendo que casi todo el mundo podía llegar a ser asertivo en determinadas circunstancias e ineficaz en otras tantas, por lo que había que fomentar aquellas situaciones en las que sí se es asertivo para ir desarrollando esa capacidad cada vez más.

2 Objetivos

-Analizar los rasgos o las características de una persona asertiva, así como estudiar los componentes tanto verbales como no verbales de una comunicación asertiva de los profesionales del ámbito sanitaria.

- Describir los principales problemas que pueden tener los trabajadores que no se muestran asertivos en su comunicación.

3 Metodología

La metodología de este capítulo se sustenta en la búsqueda bibliográfica de artículos seleccionados, dando prioridad a aquellos que se centran en estudios realizados en el ámbito sanitario y seleccionando aquellos que estuvieran más actualizados y de publicaciones lo más recientes posibles. De todos los buscadores existentes se utilizó en gran medida Google Académico por ser este un buscador con gran cantidad de documentos específicos de este tema, aunque también se utilizó

el buscador más general como es Google, por la cantidad de contenido acerca de noticias y artículos que en él se encuentran. En la estrategia de búsqueda se utilizaron palabras concisas como por ejemplo "asertividad en el trabajo" pero siempre junto al parámetro "ámbito sanitario" para encontrar aquellas publicaciones que siempre estuvieran relacionadas con el sector sanitario y los profesionales que forman parte del mismo.

4 Resultados

Las personas asertivas suelen reunir una serie de características, ya que suelen tener gran capacidad para exponer sus ideas y manifestarse expresando lo que sienten, pero sin dañar a otras personas. Suelen tener gran capacidad de expresarse con fluidez y facilidad, siendo directo y franco a la vez que adecuado respetándose a sí mismo por lo que tiene buena autoestima, se quiere y se respeta a sí mismo. Sabe determinar con quien quiere estar aceptando a aquellos compañeros de trabajo con los que quiere entablar una amistad, pero también sabe rechazar de forma educada, firme y delicada a aquellos con los que no quiere una amistad, expresando de una forma libre sus sentimientos.
Para ser una persona asertiva con grandes capacidades de comunicación no solo importa la comunicación verbal, sino que también la comunicación no verbal va a ser elemento clave en la mejora de esta comunicación en el entorno sanitario. Es muy importante mirar a los ojos para ser asertivos, ya que implica que hay una conversación recíproca entre la persona que habla y la que escucha, haciendo que cuando no se mire a los ojos sea una señal de nerviosismo o de falta de confianza. La expresión de la cara también va a ser muy importante porque en muchas ocasiones expresa realmente lo que una piensa a pesar de que se esté diciendo lo contrario. Además, va a dar una información acerca de si se está comprendiendo el mensaje, de si se está a favor o en contra y de la reacción que está produciendo con la otra persona, así como sus actitudes. Así que, para ser asertivos, los rasgos faciales tienen que trasmitir el mismo mensaje que se está dando con palabras, de forma que se resultará más coherente y se reafirmará el contenido del mensaje.
Otro de los elementos del lenguaje no verbal que va a determinar una mejora en la comunicación es el lenguaje corporal. Un acercamiento hacia el receptor indicará que se le está prestando atención, siempre y cuando no se sobrepase la barrera de seguridad porque puede sentirse intimidado, mientras que una postura retraída le puede trasmitir frialdad, y si esta postura tiende a ser muy recta dará la sensación de firmeza, orgullo, arrogancia…Es importante también que la postura no tienda a ser contraída, ya que la otra parte puede interpretarla como signos

de timidez o debilidad. Así mismo, el volumen de la comunicación debe de ser moderado para que esté en consonancia con lo que se quiere decir con un tono bien modulado en el que la seguridad marque la diferencia sin llegar a intimidar a la otra persona. La fluidez del habla también permitirá ser más asertivos ya que si se duda o titubea dará una sensación de inseguridad, ansiedad o duda. En cuanto a la velocidad del mensaje que se trasmite debe estar en un contexto normal ya que comunicarse muy rápido o muy lento puede llegar a distorsionar el contenido del mensaje permitiendo siempre que el mensaje sea claro para permitir que llegue correctamente al receptor.

5 Discusión-Conclusión

En las ciencias sanitarias se pone mucho énfasis y mucho interés en que los profesionales adopten habilidades sociales, y concretamente una comunicación asertiva, ya que continuamente se está interrelacionando con otras personas. La importancia de la asertividad viene dada como mejora para las relaciones de forma que permite expresar las propias opiniones sin dañar o menospreciar a la persona, lo que hace que las conversaciones sean más fluidas, permitiendo al paciente o usuario poder preguntar cualquier información que no le haya quedado clara, haciendo que estas relaciones también sean más fluidas entre compañeros de profesión y en definitiva, haciendo que el trabajo se desarrolle mejor. Un buen clima de trabajo va a permitir también que la sanidad sea más efectiva, más productiva y que los profesionales del sector se encuentren a gusto desarrollando su cometido, por lo que es esencial fomentar la comunicación y las habilidades sociales.

6 Bibliografía

1. Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. Disponible en la página https://www.scielo.br/j/tce/a/5NLWb9nhwnZ6cknfVRmHYDr/?lang=es#::text=El%20comportamiento%20asertivo%20se%20centra,equilibrio%20en%20la%20interacci%C3%B3n%20social.
2. La asertividad Disponible en la página https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/quipukamayoc/2000/segundo/asertividad.htm
3. El auxiliar administrativo de la sanidad y la comunicación asertiva con el paciente. Disponible en la página https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-sanidad-comunicacion-asertiva-paciente/#::text=Algunas%

20caracter%C3%ADsticas%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n,verbal%20demuestra%20inter%C3%A9s%20y%20sinceridad.
4. Empatía y asertividad, la clave de enfermería. Disponible en la página https://revistasanitariadeinvestigacion.com/empatia-y-asertividad-la-clave-de-enfermeria/
5. Importancia de la comunicación asertiva en el ámbito sanitario. Disponible en https://congresosicepa.com/importancia-comunicacion-asertiva-sanitario/

Capítulo 475

PRIMEROS AUXILIOS PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

LETICIA GONZALEZ GONZALEZ

ESTHER BIGOTES ARGÜELLES

MªJACQUELINE CACHERO ALVAREZ

LORENA PADILLA MARTINEZ

PALOMA ARANGO LÓPEZ

1 Introducción

Los primeros auxilios son esa ayuda que se presta de forma rápida y sencilla cuando se ha producido un incidente antes de que llegue el personal médico adecuado con el objetivo de detener o mitigar el daño causado y si es posible incluso revertirlo.
Desde la antigüedad los primeros auxilios estuvieron presentes en la vida de las personas, ya que existen documentos donde se pone de manifiesto la utilización de los primeros vendajes en Egipto, Grecia o Roma y durante las batallas llevadas a cabo en muchos territorios se consideraba que los primeros auxilios era darle una muerte digna al herido. No obstante, los primeros auxilios han evolucionado mucho hasta el concepto que hoy en día conocemos. Fue concretamente en 1870 cuando se pueden datar los orígenes del mismo siendo el cirujano militar

Friedrich Von Esmarch (actual Polonia) quien estandarizó un procedimiento para la cura de sus soldados heridos en batalla a la que denominó "erste hilfe", que no solo estaba realizada por él y los especialistas que lo acompañaban, sino por los propios miembros del ejército y compañeros de los heridos, que aprendieron a poner vendajes y férulas en los casos en los que había rotura de algún hueso. En 1878 Peter Shepherd comenzó a enseñar a la población civil las primeras técnicas de primeros auxilios a una población que no tenía ningún conocimiento y ni siquiera en sus casas alguna especie de botiquín, y fue como poco a poco se extendieron los primeros auxilios en la sociedad.

2 Objetivos

Explicar en que consisten los primeros auxilios describiendo como se debe actuar en caso de que se produzca un accidente y establecer las diferentes medidas que se tienen que llevar a cabo, tanto por el personal sanitario como por el no sanitario, ante una serie de incidentes que se pueden producir.

3 Metodología

La metodología de este capítulo se sustenta en la búsqueda bibliográfica de artículos seleccionados, dando prioridad a aquellos que se centran en estudios realizados en el ámbito sanitario y seleccionando aquellos que estuvieran más actualizados y de publicaciones lo más recientes posibles. De todos los buscadores existentes se utilizó en gran medida Google Académico por ser este un buscador con gran cantidad de documentos específicos de este tema, aunque también se utilizó el buscador más general como es Google, por la cantidad de contenido acerca de noticias y artículos que en él se encuentran. En la estrategia de búsqueda se utilizaron palabras concisas como por ejemplo "primeros auxilios" pero siempre junto al parámetro "ámbito sanitario" para encontrar aquellas publicaciones que siempre estuvieran relacionadas con el sector sanitario y los profesionales que forman parte del mismo.

4 Resultados

Cuando se produce un accidente es esencial tener tres palabras clave en la mente: PROTEGER, no solo a la víctima sino también a nosotros mismos, por lo que es

necesario evaluar la situación y decidir si es mejor quedarse en el lugar del accidente o moverse a un lugar más seguro alejándose del peligro; AVISAR a los servicios de emergencia y SOCORRER conservando siempre la calma, reconociendo los signos vitales y sin mover a la víctima (salvo que corra peligro).Se debe mantener a la víctima caliente y evitar darle de comer y beber tranquilizándola en todo momento.

La respuesta del personal sanitario y no sanitario ante un accidente y la prestación de los primeros auxilios es diferente en función del accidente que se haya producido:

-En caso que las lesiones sean quemaduras leves producidas por fuego se lavará el cuerpo con abundante agua para después cubrirlo con una tela limpia o una gasa. Si estas quemaduras son producidas por agentes químicos primero se retirará el producto con una gasa y posteriormente será cuando se lavará el cuerpo con agua. Ante una quemadura ocular es esencial lavar con suero fisiológico si se tiene y sino con abundante agua, ya que el producto continúa quemando si no se ha eliminado completamente y los daños serán mayores.

-En caso de lesiones producidas por quemaduras graves la primera reacción será apagar las llamas del cuerpo de la víctima y alejarlo del incendio. Una vez a salvo se tomará el pulso y se revisará la respiración por si fuera necesario realizar una reanimación cardiopulmonar. Se deberá también de aflojar la ropa del accidentado y retirar los objetos metálicos como gafas, pero nunca se quitará la ropa que puede estar pegada por las quemaduras. No se debe dar agua al herido agua, aunque esté consciente y tenga sed y se le tapará con gasas o mantas limpias.

-En caso de una intoxicación se debe de sacar a la víctima del lugar donde el aire esté contaminado, para que respire bien y si sigue presentando dificultades en la respiración se llevarán a cabo maniobras para la respiración artificial.

-Si se han producido heridas por un corte se cubrirán con una gasa o un trapo limpio y se llevará al profesional médico para que le realice puntos de sutura, pero si la herida es punzante se debe facilitar un poco la salida de la sangre con el fin de eliminar todos aquellos restos que pudieron quedar al entrar el objeto.

-Cuando se producen hemorragias es importarte cubrir la parte afectada con una gasa o una tela limpia y elevar la parte afectada donde se haya producido la lesión a un nivel que esté superior al corazón.

-En caso de que se haya producido una electrocución se cortará la corriente siempre que sea posible, y si no se intentará apartar al herido con un objeto de madera o de plástico para no vernos afectados sin tocarlo con las manos ya que recibiríamos descarga eléctrica y analizar el pulso y la respiración para ver si es necesario realizar reanimación cardiopulmonar.

-Si se produce un atragantamiento en el que se obstruya la vía aérea se inclinará el cuerpo de la víctima y se darán unos golpes en la espalda, entre los omóplatos. Si el objeto o el alimento sigue obstruyendo las vías respiratorias será cuando se haga la maniobra de Heimlich en la que se colocará detrás de la víctima y con los brazos se rodeará el cuerpo juntando las manos en forma de puño y presionando repitiéndolo de 6 a 8 veces. Si la persona sigue inconsciente se realizará la maniobra de reanimación cardiopulmonar.
-Cuando se produzcan fracturas como consecuencia de un accidente se debe de tapar al herido, pero sin inmovilizarlo y sin intentar recolocar el hueso, esperando que llegue la ayuda hasta desplazarlo el centro más cercano.

5 Discusión-Conclusión

Los primeros auxilios son una responsabilidad social que tenemos todos porque, aunque nuestra sanidad es una de las mejores del mundo y se tienen unos grandes profesionales los minutos en actuar ante una emergencia pueden ser determinante haciendo que las lesiones puedan ser de por vida o que incluso lleven a la muerte. Por eso es tan importante no solo cuidarnos sino aprender a cuidar a los demás, por lo que desde el sistema sanitario se debe de hacer especial hincapié en la formación del personal en primeros auxilios, actualizando sus conocimientos continuamente. Esta formación no solo debe ser impartida solo para los trabajadores del sector sanitario, sino que es necesario que se forme a los niños, usuarios de los centros y en definitiva a toda la sociedad en general, ya que se pueden salvar muchas vidas.

6 Bibliografía

1. Primeros auxilios. Disponible en la página https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+14.+Primeros+auxilios,+servicios+m%C3%A9dicos+de+urgencia#::text=Los%20primeros%20auxilios%20son%20la,posible%2C%20revertir%20el%20da%C3%B1o%20ocasionado.
2. Servicio de prevención y medio ambiente. Disponible en página.https://www.uv.es/uvweb/servicio-prevencion-medio-ambiente/es/salud-prevencion/unidades/unidad-salud-laboral/primeros-auxilios-1285900419310.html
3. Emergencias y primeros auxilios Disponible en página https://saludlaboralydiscapacidad.org/salud-laboral/gestion-de-la-prevencion/emergencias-y-primeros-auxilios/

4. Primeros auxilios Disponible en página https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual_1ros_auxilios_web.pdf

Capítulo 476

PRÁCTICA DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO PRONO EN PACIENTES DEFINIDO POR EL CELADOR

ROSA MARIA VERGARA GARCIA

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MILAGROS VIZCAINO OLMOS

MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA

1 Introducción

Estos movimientos son los que el personal Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería ejecuta en muchas ocasiones a la hora de la asistencia en los cuidados y asistencia del paciente en colaboración conjunta con personal de celadores principalmente.
En el posicionamiento del paciente, nos podemos encontrar con diferentes tipologías de movimientos que les podemos aplicar a los pacientes y siempre va a depender de las características y del tramo del desplazamiento. Los más utilizados son:
Las vueltas y los giros, con respecto a las vueltas serán estas, el objetivo de la descripción en este texto, además están los levantamientos y descensos, los enderezamientos, los traslados a otras dependencias del centro o las elevaciones con grúa entre otros.

Y es destacable y se debe estar informado, siempre antes de poner en práctica, estas técnicas de movilización y que va a depender la forma en las que las tengamos que ejecutar, dependiendo del tipo de paciente que tengamos que tratar, los cuales se distinguen en dos tipologías principales:

- Paciente que no puede colaborar. Sera el paciente que, por su enfermedad, particularidades o patología, discapacidad o recomendación médica, no puede colaborar con el personal que le va a atender.
- Paciente que si puede colaborar. Sera el paciente nos puede ayudar y colaborar con sus movimientos.

En este artículo nos vamos a centrar en ver cómo aplicar la técnica de las vueltas. Si ejecutamos la descripción en referencia Vueltas, la vuelta se practica cuando se requiere cambiar la posición tumbada del paciente, por ejemplo, cuando el paciente pasa de la posición decúbito prono a decúbito supino. La vuelta nos ayuda para los cambios posturales, hacer la cama o por supuesto el aseo.

2 Objetivos

Describir paso a paso la técnica de las vueltas del paciente, ejecutada por los celadores sanitarios y no sanitarios siempre en colaboración, dependiendo, de si el paciente puede colaborar o no, porque su enfermedad no lo permita o por recomendación médica.

3 Metodología

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

Posicionamiento del paciente de decúbito supino a decúbito prono.
Movilización por un solo celador del paciente que va a colaborar:

- Se colocará la persona en el lateral de la cama siempre contrario al que se va a girar.

- Se le dirá que si puede proceda a la flexión del brazo próximo al celador que le ayuda y con el otro brazo se agarre al cabecero de la cama.
- El celador debe deslizar un brazo por debajo de los hombros y el otro por sus caderas.
- Coordinar con el paciente de que a la orden de moverse se realice los dos a la vez decirle que procure girar hacia el lado del brazo que tiene en el cabecero y girarle hasta la posición de decúbito prono.
- Por último, se deja al paciente bien acomodado.

Movilización de paciente no colaborador, ejecutada por dos personas:
- Se posicionarán los dos celadores de frente al paciente en el lado de la cama contrario al que se va a girar.
- Se le pedirá al paciente, que flexione el brazo distal a las personas que le están aplicando la técnica de la vuelta, colocándolo bajo su cabeza, y el otro brazo bajo su cadera, si el no pudiera lo haríamos nosotros.
- Uno de los celadores deslizará un brazo por debajo del hombro hasta el hombro contrario y el otro brazo deberá ir por debajo del pecho.
- El celador que queda, deslizara un brazo por debajo de las caderas y piernas.
- A la orden acordada y de forma conjunta se movilizará a la posición de decúbito lateral.
- A la orden acordada y de forma conjunta se girará al paciente hasta la posición de decúbito supino.
- Terminando con la acomodación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en nuestra opinión es de suma importancia, la correcta aplicación y actualización por parte del personal sanitario y del personal de celadores, de la adecuada ejecución de estas técnicas ya sean vueltas, giros, enderezamientos, levantamientos o traslados entre muchas otras, va depender la salud física del celador en cuanto a lesiones, si se aplican correctamente, y sobre todo va a repercutir en un gran benéfico para el paciente el cual si se hacen con prontitud y eficiencia, le será más llevadero y menos traumático en cuanto a confort o percibimiento del dolor, que pueda percibir de la ejecución de estas movilizaciones.

6 Bibliografía

1. Setten, Mariano, Plotnikow, Gustavo Adrián y Accoce, MatíasDecúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2016, v. 28, n. 4 [Accedido 1 Junio 2022] , pp. 452-462. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160066>.
Epub 01 Dic 2016. ISSN 1982-4335. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160066.
2. http://ciapat.org/biblioteca/pdf/855-Tecnicas_de_movilizacion_de_pacientes_para_la_prevencion_de_lesiones_dorsolumbares.pdf.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm.
4. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-enel-paciente-encamado-objetivo-y-procedimiento/.

Capítulo 477

LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SANITARIA Y SUS RESIDUOS REPRESENTACIÓN POR EL CELADOR

ROSA MARIA VERGARA GARCIA

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MILAGROS VIZCAINO OLMOS

MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA

1 Introducción

Los desechos o desechos médicos u hospitalarios son desechos que han sido dañados por el paciente y la atención médica, especialmente en las instalaciones médicas. La gran mayoría de ellos siempre son susceptibles de estar contaminados con sustancias biológicas o líquidos de uso clínico, y aunque no lo estén, siempre se tratan como si cumplieran con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. problemas de salud y sus efectos en la calidad de vida humana y el medio ambiente. Los profesionales con mayor riesgo al manipular desechos infecciosos en los hospitales son los cirujanos, enfermeras, cuidadores, enfermeras y limpiadores. Alrededor del 83% de los residuos generados en el sector sanitario son residuos domésticos no peligrosos, que se tratan como residuos domésticos o residuos municipales.

(papel, cartón, vidrio, plástico, restos de comida, etc.) y digeridos higiénicamente e higiénicamente con residuos urbanos o municipales (cinta basura, restos de hielo, esparadrapo, ropa de cama, etc.), cuentagotas, bolsa de resección de colon, vacuna inactivada, medicamento caducado). El 17% restante se consideran peligrosos por considerarse infecciosos, tóxicos o radiactivos: desechos biológicos (vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados del paciente) infecciones, restos anatómicos, materiales cortantes o puntiagudos, etc.), desechos de medicamentos tales como residuos de medicamentos de cursos de quimioterapia y equipos de quimioterapia, desechos químicos (disolventes halogenados, ácidos, mercurio, etc.) y desechos radiactivos. La mayoría de los desechos médicos se incineran, lo que puede liberar contaminantes tóxicos y patógenos al medio ambiente.

2 Objetivos

Ver los procedimientos para dar a los desechos el tratamiento adecuado, de eliminación, siempre ateniendo que no afecte a persona o medio ambiente, se expondrán las pautas sobre la normativa para el control de todos estos desechos, tanto en volumen, peligrosidad y su posterior eliminación.

3 Metodología

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

4 Resultados

La importancia de el manejo inadecuado de la disposición ocasionará graves daños a la salud humana y degradación ambiental, por lo que es necesario desarrollar una política responsable sobre estándares de bioseguridad en el manejo de los desechos y clasificarlos adecuadamente. Es necesario desarrollar reglas para abordar la enorme carga de enfermedad causada por el abuso, incluida la

exposición a sustancias tóxicas y patógenos infecciosos. Es fundamental implementar un sistema integral e integral para mejorar la gestión saludable de los residuos a mediano y largo plazo. Prácticas de gestión seguras y ambientalmente racionales diseñadas para proteger a las personas vulnerables de los peligros durante la recolección, manipulación, almacenamiento, transporte, manipulación y eliminación de sustancias. Los ministerios deben desarrollar más pautas y más apoyo para una mayor implementación, especialmente los esfuerzos de las autoridades locales, regionales y estatales para reducir el concepto de reciclaje de residuos, continuar reciclando, promover y apoyar a las empresas de reciclaje. cantidad de residuos. la llave principal para el tratamiento posterior y final de los diversos residuos, asegurando una eliminación simple y eficiente, especialmente para el público en general y las instalaciones médicas en particular. Esta sería la clasificación:
- inofensivos, grupos 1 y 2, residuos domésticos. - Los residuos peligrosos del grupo 3, residuos peligrosos de la vida cotidiana, se dividen en:
1: Residuos biológicos. descongelado Restos de quimioterapia y medicamentos con clase. 3. residuos químicos. - Grupo 4: residuos peligrosos nocivos para la salud. - Grupo 5: Residuos radiactivos. Es muy importante desechar y tomar conciencia de que los residuos sanitarios son un peligro si no se disponen adecuadamente en contenedores para tal fin. Los trabajadores de la salud deben ser informados de su ubicación y su propósito.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto al principal riesgo, es la manipulación de residuos durante la carga y descarga. Para el transporte, se deben observar todas las precauciones y manipulaciones necesarias. La segregación de residuos se realizará de acuerdo con las normas y directrices establecidas por la unidad de segregación de residuos. La capacitación y actualización del personal es fundamental para lograr esta misión. Cada unidad de trabajo debe establecer normas de uso y disposición adecuadas a su trabajo. Infecciones, agujas e instrumentos cortopunzantes, cultivo y almacenamiento de agentes infecciosos, agentes infecciosos de origen animal, vacunas vivas y atenuadas, fluidos biológicos, sangre y hemoderivados en forma líquida, desechos anatómicos (desechos postoperatorios, placenta, tumor, etc.) .

6 Bibliografía

1. Hevia Mosquera M; Tolivia Fernández J.C.; Menéndez García M.I.; López Rodríguez Y.; García Rodríguez M.; Fernández Llera A.
2. Llorente Álvarez Susana, Arcos González Pedro, González Estrada Rafael. Evaluación de la gestión hospitalaria de residuos sanitarios en el Principado de Asturias. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mar [citado 2022 Jun 01]; 71(2): 189-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200010&lng=es.
3. https://geaccenpat.wixsite.com/geac/integrantes?lightbox=c8o9.

Capítulo 478

TRABAJO DE LOS CELADORES EN QUIRÓFANO ASÍ COMO LAS POSICIONES Y MOVILIZACIONES QUE DEBE REALIZAR EN ESTE ÁREA

MONTSE SANZ ALCAIDE

JOSE LOPEZ ESCRIBANO

SANTIAGO ROSADO RUIZ

EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ

JAIME OLIVER CORTÉS

1 Introducción

Podemos comenzar con la definición de quirófano como un área independiente y que debe estar aislada dentro de un hospital en la cual se realizan intervenciones quirúrgicas tanto urgentes como programadas y administración de anestesia y reanimación a los pacientes intervenidos. Es un área con mucha complejidad debido a la cantidad de aparataje que se utiliza en todo tipo de intervenciones y es una estructura del hospital que tiene que estar dividida en unas áreas y que tienen unas determinadas obligaciones de vestimenta y limpieza e higiene que se deben cumplir a rajatabla. Las zonas del quirófano son: zona negra, zona blanca, zona gris, área sin limitaciones de acceso, zona de intercambio, zona de acceso

semi-limitado, sala de operaciones de pacientes ambulatorios y área de cirugía para pacientes hospitalizados.
Dentro del personal que trabaja en un quirófano podemos dividirlos en dos grupos:
- Personal del área quirúrgica como pueden ser: o Cirujano o Ayudante de cirujano o Personal de enfermería o Personal de auxiliar de enfermería o Anestesista o Celadores
- Personal no sanitario dentro del área quirúrgica como pueden ser: o Celadores o Personal de limpieza o Administrativos
En este capítulo vamos a centrarnos en las distintas posiciones en las que un celador que esté trabajando en el ámbito quirúrgico debe colocar al paciente dependiendo del tipo de intervención quirúrgica sus labores y funciones.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de un celador en el área de quirófano.
- Conocer las posiciones básicas en las que se puede poner un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Algunas de las funciones de un celador en el área del quirófano son las siguientes:
- Ayudar a todas las labores propias de un celador de esta área así como las ordenadas por el personal médico, supervisoras o enfermeras.
- Tendrán a su cargo el traslado del paciente desde la unidad donde estén hasta el área de quirófano así como cuando terminen a la sala de reanimación, unidad de cuidados intensivos (uci) o directamente de vuelta a su planta.
- Ayudaran a la colocación del paciente en la mesa quirúrgica
- Colaboraran con el anestesista en la posicionar al paciente de la manera adecuada para que este puede trabajar de forma cómoda.

- Trasladaran todo el aparataje o mobiliario necesario como el aparato de rayos, ecógrafos, arco, torre de laparoscopia entre otros.
- Deberán permanecer siempre en quirófano por si en cualquier momento requieren de sus servicios.
- Trasportaran los documentos, analíticas, bolsas de sangre o cualquier cosa que se necesite al área requerida.

Según nuestros estudios una vez que el paciente está en el área quirúrgica la forma de trabajo en un quirófano respecto del celador es el siguiente:

- Lo primero que hará el celador es entregar al personal quirúrgico la documentación del paciente y volver a ratificar que es el paciente que van a operar.
- Después cuando el personal quirúrgico diga que esta el quirófano preparado el celador deberá pasar al paciente de la silla, cama o camilla a la mesa quirúrgica y deberá colocar el distinto aparataje dependiendo de la intervención quirúrgica.
- Para ello se colocará la cama o camilla en paralelo a la mesa de quirófano y se frenarán ambas camas y nos aseguraremos de que estén bien frenadas.
- Se cogerá el mando de la mesa quirúrgica y se colocaran al mismo nivel incluso la mesa de quirófano algo más baja para facilitar el paso del paciente.
- Antes de pasarlo deberemos tener en cuenta los dispositivos que porta el paciente como equipos de suero, tracciones, bombas de perfusión…..
- El paciente se pasará el mismo, con algún rulo sanitario, ayudado con la entremetida o en bloque con la sábana dependiendo siempre de la dolencia que tenga el paciente.
- Durante la intervención el celador deberá mover al paciente en función la necesidad del cirujano y enfermeras.

Una vez intervenido el paciente la recogida de este y su traslado a la zona de URPA, UCI o la propia habitación se hará de la siguiente manera:

- En primer lugar pasar al paciente de la posición que este a decúbito supino. (aunque hay intervenciones en las que salen en decúbito prono)
- Esperar a que tanto el cirujano, anestesista y personal de quirófano nos indique que se encuentran preparado para pasarlo a la cama.
- Colocaremos el rulo debajo de la espalda o con la sabana o entremetida y entre varias personas se pasa al paciente de la mesa de quirófano a la cama. O incluso dependiendo de la operación se pasara el paciente solo.
- Un vez este colocado el paciente colocaremos todos los artilugios que lleve como bombas de perfusión, sueros, drenajes….
- Seguidamente recogeremos la documentación necesaria así como su historia médica.

- Se realizará el traslado a la zona prevista entregando la documentación al personal de esa zona.

Aunque todo depende de las preferencias del cirujano que vaya a realizar la intervención, las posiciones para realizar las distintas intervenciones quirúrgicas suelen ser iguales exceptuando algún cambio pequeño que te pueda pedir el cirujano.A continuación enumeraremos las distintas posiciones quirúrgicas y para que intervenciones suelen ser utilizadas.

.Decúbito supino.

.En esta posición el paciente se encuentra boca arriba con la espalda recta y totalmente apoyada en la mesa, se podrán poner brazales a los lados para los brazos así como abrir o cerrar las piernas dependiendo de la intervención. Esta posición está indicada para intervenciones abdominales, urológicas, ginecológicas, cara y cuello, parte anterior del tórax y parte anterior de las extremidades. O posición de .Trendelemburg

.Es una variantede la anterior, pero se inclina la cama unos 45 grados con la cabeza más baja que los pies. .Esta posición está indicada para intervenciones de órganos pélvicos y favorece el riego sanguíneo en situaciones de shock o sincope.

.Posición antitrendelemburg o morastin

.Es la posición opuesta a la anterior ya que se sigue inclinando 45 grados pero esta vez la cabeza queda por encima de los pies. Se utiliza para intervenciones de bocio, pacientes con hernia de hiato o facilitar la circulación de las piernas.

.Posición de roser

.El paciente en decúbito supino se pone con los hombros a la altura del borde de la camilla y la cabella hiperextendida hacia abajo. Esta posición se utiliza para intubaciones, intervenciones de bocio y faríngeas. .Posición ginecológica o de litotomia.

.En esta posición se encontrara el paciente boca arriba y con ayuda de las perneras tendrá las piernas abiertas apoyadas en ellas y la zona de la ingle lo más pegada al borde inferior de la mesa posible. Esta posición se suele utilizar para intervenciones ginecológicas, exploraciones rectales y vesículas o sondajes en la mujer.

Decúbito prono.

En esta posición el paciente se encuentra boca abajo. El paciente se coloca boca arriba y una vez anestesiado con ayuda de no menos de tres personas se voltea al paciente para dejarlo boca abajo. Esta posición se utiliza para intervenciones en la parte posterior del tórax, cráneo, columna, sacro, coxis o la parte posterior de las piernas.

Posición de kraske.

Encontrándose el paciente en decúbito prono se mueve la mesa de forma que la cabeza y los pies queden más bajos que la cadera por lo que se queda una posición de "navaja". Se utiliza para intervenciones a nivel rectal, sacro o coxis.
Posición de laminectomia.
Igual que la posición anterior pero los brazos del paciente se extienden hacia arriba facilitando así intervenciones a nivel torácico y lumbar.
Posición genupectoral o mahometana
El paciente se encuentra apoyando las rodillas e inclinando el cuerpo hacia delante apoyando el tórax en la mesa con los brazos flexionados y la cabeza mirando hacia un lado descansa encima de dorso de la mano. Las rodillas estarían un poco separadas y los muslos en perpendicular a la mesa. Esta posición no se podría conseguir con una anestesia total por lo que se utiliza para curas o intervenciones o exploraciones a nivel rectal.
Decúbito lateral o posicion de sims.
Con el paciente en decúbito supino, una vez anestesiado el paciente se girara hacia el lado que nos indique el cirujano. Para que el paciente se quede estático durante la intervención se utilizaran dispositivos para estabilizar al paciente como rodillos, correas o rulos que se acoplan a la mesa quirúrgica. Esta posición se utiliza para intervenciones de riñón, uréteres o alguna de pulmón.
Posición raquídea o posición lumbar.
El paciente se coloca en decúbito lateral pero al mismo tiempo flexiona las rodillas hacia el abdomen y pegando la barbilla al pecho para arquear la columna lo máximo posible y con ello utilizarlo para facilitar por ejemplo la administración de la anestesia epidural o la recogida de líquidocefalorraquídeo. O Posición de fowler
El paciente una vez anestesiado se colocara en posición de sentado y según la angulación que tengan las piernas respecto a la columna será considerado un Fowler alto, semi Fowler o Fowler bajo. Se utiliza para intervenciones a nivel del cráneo, columna o maxilofaciales.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo porque hemos podido observar las diferentes posturas que puede asumir el paciente y el camino y recorrido que realiza el paciente desde su habitación hasta que sale del quirófano. En este capítulo hemos visto que además de que el personal de seguridad se encarga de la movilización y saber dónde colocar al paciente en función del esfuerzo, el personal de seguridad también se encarga del paciente durante todo el proceso del area de operaciones para

otro hospital y documentación requerida para el procedimiento.
La importancia de una buena tecnica para colocar a los pacientes en la zona quirurgica es vital para una buena intervencion de los demas profesionales del medio

6 Bibliografía

1. López Moreno, A. El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada LOGOSS. 10º edición.
2. Cayuela Parra, P. enfermería en quirófano. Formación continuada LOGOSS. 10º edición

Capítulo 479

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ASÍ COMO LA ESTRUCTURA DE ESTA ÁREA HOSPITALARIA

MONTSE SANZ ALCAIDE

JOSE LOPEZ ESCRIBANO

SANTIAGO ROSADO RUIZ

EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ

JAIME OLIVER CORTÉS

1 Introducción

Para comenzar el capítulo podemos definir la UCI o Unidad de Cuidados Intensivos como la zona del hospital donde se tienen lugar las asistencias más especializadas a los pacientes más graves del hospital. En la UCI se hacen cuidados individualizados en función de la gravedad de cada paciente y estarán monitorizados y vigilados por el personal de enfermería 24 horas. Es un área de mucha especialización donde se encontrara el aparataje junto al de quirófano más sofisticado del hospital como los respiraciones, hemofiltros, balones de contra pulsación entre otros.

Esta área de cuidados intensivos estáestructurada en cubículos o box que permitan una privacidad para el paciente y con una capacidad para permitir la atención de hasta 4 profesionales más un aparataje como el monitor, soporte vital y equipo portátil. El control de enfermería debe tener el espacio suficiente para el trabajo de los profesionales así como permitir la visibilidad de todos los pacientes.
Las UCIS tienen que estar bien comunicadas tanto con el quirófano para recibir con la mayor rapidez a los pacientes que sales del área quirúrgica, como con la farmacia, almacén, zonas de reanimación y laboratorio.
También se caracteriza por tener unas normas de limpieza y vestimenta mucho más estrictas que las que se pueden tener en planta. La temperatura debe oscilar entre los 21 y 24 ºC y la humedad debe oscilar entre los 45 y 55%. La limpieza, la descontaminación y desinfección es básica en esta área para evitar las enfermedades nosocomiales.

2 Objetivos

-Conocer la estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Explicar las funciones del celador que se quede a cargo de esta unidad.

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

Después de haber realizado esta recopilación de información podemos concluir que la estructura estándar de una UCI está formada por:
- Cubículos o box de pacientes cuyo número dependerá del tamaño y volumen de trabajo que tenga cada hospital.
- Cubículos o box especiales para pacientes aislados ya sea por un aislamiento aéreo o de contacto.
- Zona de trabajo de enfermería donde puedan trabajar
- zona de estar de enfermería donde el personal podrá descansar.

- Dormitorio del intensivista de UCI que está de guardia las 24 horas.
- Almacén tanto de farmacia como de los demás materiales sanitarios necesarios para el día a día.

Los paciente que ingresan en UCI pueden ser por varias circunstancias: por salir directamente de quirófano y forzado por la complejidad e importancia de la intervención podría quedarse ingresado en esta zona, pueden ingresar directamente de urgencias, pueden subir de la planta donde este ingresado debido a un empeoramiento de su salud o pueden venir de traslados de otros hospitales o centros sanitarios.

Los pacientes ingresados en UCI son pacientes con patologías más graves o que conlleven un mayor seguimiento que los pacientes que están en planta. Por ello los celadores que trabajen en UCI tendrán que tener un conocimiento más amplio que lo que pueda necesitar en planta debido tanto a la salud de los pacientes como al aparataje que se maneja en este tipo de zonas. El celador deberá tener muy claro las patologías de los pacientes, observar todo el aparataje que tenga conectado el paciente como respiradores, sondas, vías centrales entre otras y tener mucho cuidado a la hora de las movilizaciones y cambios posturales. Estos pacientes al contrario de los de planta, al estar en teoría más graves que ellos suelen estar encamados y requieren de más cambios posturales así como de otro aparataje como camas articuladas o colchones anti escaras.

Las funciones que debe tener un celador en una unidad de cuidados intensivos son:

- Empezando por el traslado al paciente a esta zona, ya sea en cama como en silla.
- Llevar siempre la documentación de cada paciente que traslada y entregarla al personal responsable una vez se llegue a esta área.
- Conocer cada aparataje que se pueda utilizar en la UCI como el carro de paradas, hemofiltros, bomba de contra pulsación, respiradores para cuando el personal sanitario lo requiera trasladarlo donde haga falta.
- Deberán ayudar a los técnicos de radiología a la hora de la movilización de los pacientes si tienen que realizarles alguna prueba portátil.
- Ayudaran a las auxiliares movilizando al paciente a la hora de asearlos cada mañana.
- Deben controlar la entrada de visitas así como sus salidas y que estas estén autorizadas y con la vestimenta adecuada que suele ser unas calzas, bata y gorro para evitar en la medida de lo posible las enfermedades nosocomiales como hemos dicho anteriormente
- También serán responsables junto con el personal médico como el de enfermería de trasladar a los pacientes a la zona de radiología para la realización de pruebas

diagnósticas que no puedan realizarse de manera portátil.
- Ayudaran a la fisioterapeuta a la hora de la movilización de los pacientes si es necesario.
- Cooperaran cuando llegue algún traslado a la hora de cambiar de la camilla de la ambulancia a la cama del box que corresponda.
- Cuidarán de que los pacientes no hagan el uso indebido de los enseres de la institución evitando su deterioro.

Además de estas los celadores deberán obedecer a cualquier petición del personal sanitario así como del personal facultativo siempre que entren dentro de sus competencias.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir el capítulo hablando de que la UCI es una de las unidades más importantes en la estructura de un hospital debido a que en él se encuentran los pacientes más delicados o graves y los cuales requieren de una atención mucho más personalizado por lo que la especialización de los trabajadores de este área ya sean médicos, enfermeros, auxiliares o celadores debe ser mayor que en otros áreas y también su conocimiento de todo tipo de aparataje cuyo uso es casi exclusivo en las unidades de cuidados intensivos. Por ello y como en otros capítulos debemos realzar las funciones del celador que a pesar de seguir considerándose como personal no sanitario tiene una funciones importantes dentro del área más especializada de un hospital.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidad-cuidadosintensivos-covid-19/.
2. https://www.quironsalud.es/bizkaia/es/cartera-servicios/unidad-cuidadosintensivos-uci.
3. https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-3-organizacion-yfuncionamiento-de-la-unidad-de-cuidados-intensivos

Capítulo 480

EL CELADOR Y LA CONTROVERSIA DE LAS CONTENCIONES

MONTSE SANZ ALCAIDE

JOSE LOPEZ ESCRIBANO

SANTIAGO ROSADO RUIZ

EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ

JAIME OLIVER CORTÉS

1 Introducción

En los últimos tiempos, se ha prestado una atención creciente al uso de restricciones físicas y de drogas, en el entendido de que estas medidas están diseñadas para privar a una persona de la libertad de movimiento. Este es un tema de debate sobre su uso en el ámbito social y sanitario, la aplicabilidad de sus indicaciones y condiciones de práctica procesal son ciertamente trascendentales, dada la frecuencia de su uso en determinadas situaciones y la afectación directa de los derechos fundamentales. Los ejemplos incluyen, p. la libertad personal y la dignidad personal y la autonomía personal. Los miembros del Comité Español de Biología consideran importante publicar un informe con recomendaciones, porque una de las manifestaciones de la protección de la dignidad humana es precisamente el trato y la humanización en los sistemas cotidianos cuando se produce una acción como la restricción a la que me refiero. es legal porque es

razonable, puede o no ser suficiente dependiendo de cómo se aplique. Dependiendo de las propiedades físicas, mecánicas o farmacológicas, estos términos se refieren a medidas terapéuticas utilizadas para limitar la movilidad del paciente. Se utilizan sólo en situaciones de ansiedad para evitar hacerse daño a uno mismo o a los demás, o para curar.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa cuál es la controversia de las contenciones y cuál es el papel del celador en ello.

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

Debemos dejar claro los límites y evitar actitudes que el paciente pueda considerar como provocaciones, hablando sin gritos, de forma sosegada dirigiéndose al paciente por su nombre, sin interrupciones, etc.

El papel del celador ante un paciente agitado tiene gran importancia. El celador deberá mantener la seguridad del paciente y del entorno. Deberá tomar distintas medidas de seguridad desde contención verbal hasta contención mecánica.
Por restricción entendemos el uso de procedimientos profilácticos, verbales, farmacológicos y/o mecánicos diseñados para limitar algunos o todos los movimientos del paciente a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de posibles daños a sí mismo oa otros. Los pacientes hospitalizados se encuentran en situaciones de vulnerabilidad que debemos conocer para prevenir complicaciones. - La Ley de Miller establece: Para entender lo que dice otra persona, debes asumir que lo que dice es verdad y tratar de imaginar que lo que dice podría ser verdad. la comprensión previa de la misma sin nuestra interpretación personal afectará a la información -Foggine (banco de niebla) es una actividad empática en la que intentarás encontrar algo a lo que puedas sumarte en la posición del paciente.

- Discusión con el paciente por un lado (revisión del acuerdo) y por otro lado análisis y recopilación de información sobre la experiencia con los miembros del equipo correspondiente. La agitación psicomotora y el comportamiento disruptivo pueden aparecer como síntomas separados o síntomas asociados. Para los diferentes trastornos, las guías clínicas y los protocolos para el control de los cambios de conducta y la agitación psicomotora contemplan diferentes estrategias de contención, debiendo utilizarse la estrategia menos restrictiva. . La contención ambiental limpia puede reducir los efectos de los problemas de comportamiento a través de barreras físicas estructurales ”controles de acceso, puertas cerradas, etc.” Control de inventario (habitación sin molestias por parte de otros pacientes, sin ruidos repentinos, etc.) o dotación de personal adecuada, incluido el personal de enfermería, incluidos números, capacitación, habilidades y actitudes.

5 Discusión-Conclusión

Debemos respetar la privacidad, confidencialidad y vulnerabilidad de quienes están conectados mecánicamente. La intimidad se refiere a lo más profundo de nuestro corazón y está relacionada con la dignidad humana. Por tanto, cualquier intervención de los profesionales sanitarios debe respetar este derecho a la intimidad y realizarse en un lugar resguardado de los ojos para evitar la exposición innecesaria de los pacientes a terceros. Buscar la máxima seguridad en estas situaciones es un objetivo fundamental, lo que significa brindar atención médica sin daños prevenibles, aumentando la probabilidad de detección cuando ocurren y mitigando sus consecuencias buscando un ambiente libre de riesgos, tranquilo y terapéutico. Esta acción tiene implicaciones éticas y legales muy importantes porque los pacientes se encuentran en una posición vulnerable.

6 Bibliografía

1.https://dialnet.unirioja.es.
2.http://www.index-f.com.
3.https://revistamedica.com.
4.http://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 481

EL TÚNEL CARPIANO Y LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MONTSE SANZ ALCAIDE

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano se produce al comprender el nervio mediano de la muñeca, el trabajo de ejercicio de sobreflexión y sobreextensión extremas, o el trabajo que requiere sobreflexión y sobreflexión repetidas o continuas de la muñeca producida en muchas ocasiones por el trabajo con un ordenador.
En los campos profesionales que requieren el uso del ordenador durante las horas de trabajo más efectivas (como administrativos o informáticos), la enfermedad del síndrome del túnel carpiano puede considerarse una patología profesional, es decir, se origina en el trabajo, que es el resultado del trabajo.
Recuerde que las enfermedades profesionales se pueden identificar cuando se cumplen tres requisitos:
1. La enfermedad se contagia debido al trabajo.
2. La enfermedad aparece en el listado de enfermedades profesionales (RD 1299/2006).
3. El motivo también aparece en la tabla.
Finalmente, cabe mencionar que el tribunal supremo señaló que para ocupaciones administrativas o similares se han dictado muchas sentencias, declarando el síndrome del túnel carpiano como enfermedad ocupacional, y una de las funciones habituales es utilizar el teclado y el ordenador al mismo tiempo repetidamente.

Estamos hablando de una enfermedad bastante común, sobre todo entre los trabajadores que utilizan el ordenador en el lugar de trabajo, pero no solo debe extenderse a ellos; este síndrome del túnel carpiano es un problema de salud que es provocado por el nervio mediano. La presión excesiva hace que el nervio mediano se extienda desde el antebrazo hasta la mano, lo que restringe el movimiento de la muñeca y causa dolor.
La lista aún no ha terminado, por lo que actualmente podemos encontrar fallos y resoluciones judiciales del Instituto Nacional de Seguridad Social, que no solo reconocen esta enfermedad como un "profesional", sino también no solo entre los trabajadores del departamento administrativo, sino también en los negocios, limpieza.
Lo mismo ocurre con los trabajadores, cocineros u otras industrias. Trabajadores dedicados a la limpieza y movilización de trabajadores mayores o discapacitados. Determinados esfuerzos y movimientos repetitivos, así como posturas forzadas que requieren las actividades propias de estos puestos de trabajo, pueden dar lugar al desarrollo de la enfermedad.
Estamos hablando de una enfermedad bastante común, es decir, los trabajadores no están obligados a acreditar el carácter profesional de la enfermedad, pero lógicamente creen que si contraen la enfermedad especificada por la ley durante su desarrollo profesional, el origen del accidente también debe ser considerado "profesional". Como decíamos, nos hemos encontrado con muchas decisiones administrativas y decisiones judiciales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Asociar el síndrome del túnel carpiano y el desempeño de las funciones del auxiliar administrativo.

Objetivos secundarios:
- Definir la etiopatogenia de este síndrome.
- Exponer la legislación actual vigente que regula este síndrome como enfermedad profesional.
- Explicar medidas preventivas que se pueden adoptar en el desempeño de las funciones para evitar la aparición de este síndrome.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones académicas e índice de citas y se han consultado artículos en Medline, Elsevier y Scielo. Como criterios de búsqueda: centro de salud, personal no sanitario, auxiliar administrativo.

4 Resultados

Señala que el Real Decreto 1299/2006 establece el síndrome del túnel carpiano (código 2F0201) como una enfermedad profesional que se produce por la comprensión del nervio mediano de la muñeca, en aquellos trabajos en los que se produzcan movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión o en los trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano como lavanderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares, trabajos de montaje (electrónica, mecánica), industria textil, mataderos (carniceros, matarifes), hostelería (camareros, cocineros), soldadores, carpinteros, pulidores, pintores. La reciente jurisprudencia del Tribunal Superior ha establecido que esta lista de actividades no se puede considerar un númerusclausus y por tanto se tienen que incorporar aquellas actividades que resulten funcionalmente análogas a las descritas (TS 18-5-15; y TS 5-11-2014).
En el supuesto enjuiciado, la ocupación trabajadora comporta la utilización de equipos informáticos durante aproximadamente el 60% de su jornada, apoyando los antebrazos en la mesa de trabajo y ejerciendo presión con los codos, lo que ha dado lugar a la patología causante de baja médica. Se dan, pues, los requisitos para entender que, tal como ha valorado el INSS, esta tiene origen profesional.
Además, el Tribunal Superior de Justicia señala que respecto de las profesiones administrativas y uso de ordenador se han dictado numerosas sentencias considerando las profesiones administrativas con uso de ordenador, como susceptibles de generar una de las enfermedades profesionales descritas en el cuadro de enfermedades profesionales y estableciendo que, cuando la utilización continuada del teclado del ordenador constituye una de sus funcionas habituales se producen constantes y repetidos movimientos de extensión de ambas muñecas y crea lesión (Tribunal Superior Justicia Cantabria, 23-12-2013).

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo marcando que esta dolencia es muy dada a los profesionales administrativos por el continuo trabajo con las manos y por ello Es un síntoma muy característico, ya que se relaciona con trabajos o actividades que tengan movimientos manuales muy repetitivos y de vibración (movimientos repetidos de mano y muñeca). El auxiliar administrativo tiene que utilizar continuamente las manos para poder realizar su trabajo durante 8 horas seguidas en el ámbito hospitalario, haciendo informes, pedidos, citando pacientes, en fin, podemos decir que las manos es el instrumento principal de este profesional en este ámbito, aunque también realice otras tareas.

6 Bibliografía

1. https://agsgraduados.es/es/es-el-sindrome-del-tunel-carpiano-unaenfermedad-profesional/.
2. https://www.tunnelcarpienmd.com/es/detectar-el-sindrome-del-tunelcarpiano-mediante-examen-fisico-y-pruebas-diagnosticas/.
3. https://www.benestarfisioterapia.com/blog/sindrome-del-tunel-carpianopara-administrativos.

Capítulo 482

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES EN LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD

MONTSE SANZ ALCAIDE

1 Introducción

Cuando una persona accede al sistema de salud, ya sea en la atención primaria como en el ámbito de la sanidad especializada, salvo en aquellos casos en los que la urgencia de la situación así lo requiera, el primer contacto lo hace con figuras profesionales que no son precisamente de personal sanitario.

Generalmente, cuando un paciente accede a los servicios sanitarios de atención primaria lo hace a través de la figura del auxiliar administrativo, ya sea de forma presencial o telefónica y son los que facilitan la primera atención, los que nos dan cita con los profesionales sanitarios.

Cuando accedemos al ámbito hospitalario las primeras figuras son, a su vez, los auxiliares administrativos y el personal celador que se encargan de apoyar en el ingreso hospitalario, llevando a las personas a sus habitaciones y/o consultas.

Sin embargo, y a pesar de desarrollar esa labor fundamental como es el primer contacto y la carta de presentación a los pacientes de los servicios de salud, son normalmente, los trabajadores a los que se les exige una menor formación para poder desarrollar su labor.

Es por ello, que parece adecuado el llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre la importancia de estas figuras a la hora de acceder a los servicios sanitarios y la formación que se les exige o se les debería exigir para desarrollar su labor, buscando la mayor excelencia posible.

2 Objetivos

-Reconocer la importancia de la labor de estos profesionales no sanitarios en el acceso de los pacientes a los servicios sanitarios.
-Examinar la formación que se les exige a dichos profesionales y analizar qué formación adicional sería prudente facilitarles.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se han realizado búsquedas de artículos, guías y protocolos a partir de la búsqueda de palabras clave en diferentes bases de datos: "acceso a los servicios sanitarios", "labor del celador en el acceso", "labor del auxiliar administrativo en el acceso", "puerta de entrada a los servicios sanitarios".
Las bases de datos utilizadas han sido: pubmed, uptodate, preevid, google académico y dialnet, entre otros.
Se han utilizado como criterios de inclusión en la búsqueda textos en castellano donde se hiciese mención a la necesidad de prestar un adecuado recibimiento a los pacientes cuando acceden a los servicios, y la formación o herramientas de las que deben disponer los profesionales para poder hacerlo.
Asimismo, se han analizado diferentes ofertas públicas de empleo para la categorías de auxiliar administrativo y celador, así como las normativas de acceso a la bolsas de empleo de diferentes servicios de salud.

4 Resultados

Las personas que necesitan hacer uso de los servicios sanitarios, muchas veces lo hacen en una situación de nerviosismo y necesitarán, por parte de estos primeros profesionales que entran en contacto con ellos, que sepan proteger sus derechos individuales en cuanto a protección de datos, intimidad y por supuesto con el trato adecuado en el plano verbal y en cuanto a movilizaciones, etc.
Por norma general, quien se encarga de recibir a los pacientes en primera instancia son trabajadores no sanitarios, en concreto, los perfiles profesionales de auxiliares administrativos y celadores.
En atención primaria, normalmente se encargan de dar una primera información y/o cita el personal administrativo y, en ocasiones, los pacientes los perciben como el primer obstáculo a batir para poder acceder a los servicios sanitarios ya que son los que nos dan las primeras "malas noticias", tales como el informar de

que la primera cita disponible con los profesionales sanitarios no es tan rápida y/o cercana como nos gustaría o como consideramos que la ocasión lo necesita.
En la actualidad, con los nuevos protocolos de atención debido al COVID-19, la primera persona puede ser la figura del celador, que está en la puerta y que, en muchos casos, no permite el acceso presencial si no se ha programado previamente una cita de forma telefónica, lo que incrementa, en ocasiones, el enfado de las personas usuarias de dichos servicios.
Lo mismo ocurre en la atención hospitalaria, cuyo acceso se ve mucho más restringido, impidiendo las visitas con libertad, en cuanto a número de personas, horarios, acompañantes a las consultas, ... esta labor la hacen los celadores de puerta o los auxiliares administrativos. Los celadores son, también, los que hacen el acompañamiento a las personas en los ingresos.
Estas figuras profesionales se constituyen, por lo tanto, en la puerta de acceso al sistema, y son parte integrante de la satisfacción percibida por los pacientes sobre la atención recibida.

5 Discusión-Conclusión

Observando las ofertas públicas de celadores y auxiliares administrativos y el temario exigido para poder optar a estos puestos de empleo, se puede ver que no existe una formación preceptiva específica y/o especializada, para poder acceder a un puesto de trabajo en la sanidad pública.
Una vez observada los requerimientos de las convocatorias públicas de empleo y de las bolsas de empleo, así como de la no exigencia de disponer de un certificado de profesionalidad específico, se llega a la conclusión de que muchas de las personas que desarrollan estas labores podrían no tener la formación necesaria para tratar con las personas que acceden a un centro sanitario, por lo que se ve necesario una formación por parte de las instituciones sanitarias de las personas de nuevo acceso a la puerta de entrada de las instituciones.
Teniendo en cuenta, la importancia de saber atender, saber proteger los datos de los pacientes, saber mantener su intimidad, etc, en los servicios sanitarios, no debería dejarse la formación al respecto únicamente en manos de las profesiones sanitarias, teniendo en cuenta, además, que la entrada al sistema se hace, por norma general, a través de las figuras de personal no sanitario.
La formación obligada sería el vehículo para garantizar que la adecuada atención a las personas usuarias de los servicios sanitarios se base en el conocimiento y no en las habilidades o conocimientos adquiridos a título personal por los empleados; ya que éstos pueden diferir enormemente de unos a otros.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Fernández, Rodrigo. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 10(1), 29-38. Recuperado en 25 de mayo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es.
2. Correa Zambrano, Martha Liliana. (2016). LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. Revista Cuidarte, 7(1), 1210-1218. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300
3. Gálvez Herrer, Macarena, Gómez García, José Manuel, Martín Delgado, Mari Cruz, & Ferrero Rodríguez, Mónica. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HUCI. Medicina y Seguridad del Trabajo, 63(247), 103-119. Recuperado en 25 de mayo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es

Capítulo 483

EL CELADOR ANTE UN PACIENTE POLI TRAUMATIZADO

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

SARA VERGAZ TORRECILLA

SANTIAGO OLMO MORENO

DAVID HUERTAS TRUJILLO

IRENE MEGÍA ARENAS

1 Introducción

Según la OMS, se define como poli traumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos. El traumatismo severo es la principal causa de muerte en personas <40 años.
La mayor causa de los politraumatismos se debe a accidentes de tráfico, relacionados con Automóviles, bicicletas y peatones, pero también accidentes laborales, domésticos y deportivos, salvo caídas y agresiones físicas, estas últimas de menor gravedad. El tratamiento del politraumatismo se inicia desde el momento del accidente, donde se le prestan los primeros auxilios, movilizando al paciente, despejando la vía aérea, inmovilizando la columna cervical, si hay heridas son cubiertas y se inmovilizan las extremidades por medio de férulas todo ello realizado por personal sanitario hasta que llegar al centro hospitalario donde es atendido por médicos especialistas (traumatólogos).

El celador es la figura principal encargada de realizar la movilización del paciente, y además también es el responsable de colocar al paciente en la posición adecuada ya sea para una intervención quirúrgica, alguna prueba, una exploración, un traslado o para realizar cambios posturales… Se debe tener mucho cuidado al movilizar a un paciente de este tipo, con sospecha de múltiples fracturas para evitar lesiones graves.

2 Objetivos

- Describir los aspectos más significativos para realizar una atención adecuada a los pacientes poli- traumatizados en los centros hospitalarios
- Determinar los conocimientos y técnicas que aplican los celadores en el manejo del paciente poli traumatizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Tras la llegada de un paciente con múltiples traumatismos el equipo sanitario estará preparado, el celador deberá tener preparada la camilla indicada para la transferencia, se pueden dar varias situaciones, que llegue con colchón de vacío o sin colchón de vacío o con férulas y/o collarín, si llega con collarín el responsable médico supervisará y dirigirá desde la cabeza, evitando la movilidad de la columna cervical ya que estos collarines no inmovilizan al 100%, en el caso de las férulas en la extremidad habrá un responsable para que el movimiento se realice en bloque, hay que mantener la columna alineada en posición neutra desde la cabeza a la pelvis, para evitar una lesión medular, una mala transferencia del paciente puede causar lesiones fatales como paresias, plejias etc. Los celadores estarán atentos a la orden del médico para la transferencia a la camilla. Nos vamos a centrar en la técnica para la movilización de los pacientes con traumatismo vertebral, se necesitan dos celadores y un responsable del control cervical:

El paciente en decúbito supino con la cabeza y la espalda bien alineadas como si fuera un bloque rígido, un celador se coloca en el tórax y otro en la pelvis, el que mantiene el control cervical será el que de la orden para realizar el giro e irá girando a la misma vez el cuello y cabeza del paciente, para colocar el transfer y pasarlo a otra camilla o cama. Las precauciones que hay que tener en cuenta, no mover al paciente con solo celador, esperar a realizar la movilización entre tres personas, pensar sobre lo que se va a hacer, evitar movimientos bruscos o descompensados y siempre utilizar guantes, es fundamental para la protección frente a la transmisión de enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de elaboración de un protocolo establecido como normativa en los centros hospitalarios, para tener una herramienta de trabajo que permita mejorar la calidad de atención con el paciente poli traumatizado, así mismo la capacidad de los celadores o monitores y el resto del personal.
Lo primero que necesitan estos pacientes es que le reduzcan el dolor y mucho apoyo emocional y prestarles una atención especial para que el sufrimiento sea menor.
Los celadores forman parte del equipo multidisciplinar y deberían saber todas las técnicas para el manejo de estos pacientes, conocer los dispositivos de los que disponga el centro hospitalario para la movilización e inmovilización de los pacientes con múltiples traumatismos.

6 Bibliografía

1.Https://www.navarra.es
2.Https://www.fisioterapia-online.com,
politraumatismo.
3.Https://www.aeped.es>
manejo del paciente poli traumatizado.
4.Formación continuada Logos, www.logos.net

Capítulo 484

EL CELADOR EN EL TRATO CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO Y FAMILIA

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

SARA VERGAZ TORRECILLA

SANTIAGO OLMO MORENO

DAVID HUERTAS TRUJILLO

IRENE MEGÍA ARENAS

1 Introducción

Una de las competencias del celador es saber cómo tratar a los familiares, ya que el contacto con ellos será continuo. Cuando el paciente está ingresado las visitas son constantes y la estancia hospitalaria provoca ansiedades y temores en toda la familia, en muchas ocasiones los familiares están más intranquilos y preocupados por el estado de salud del familiar que el propio paciente, en estos momentos tanto el enfermo como su familia se vuelven más susceptibles y prestan mayor atención a los pequeños detalles. El comportamiento del celador debe ser en todo momento delicado y humano. Hay que interesarse por los problemas o asuntos que los pacientes quieran comunicar, siempre hay que recordar el nombre del enfermo y pronunciarlo cada vez que se dirija uno a él, se debe ser un profesional que sepa escuchar con respeto, sin interrumpir al paciente.

Hay que saber darles un trato digno darles la explicación e información de los procedimientos a realizar, salvaguardar su intimidad y ser respetuoso, podemos mejorar el trato del paciente poniéndonos en su lugar. Sin embargo todos no somos iguales por lo que la colaboración y participación así como la negociación y mediación hace que los pacientes colaboren en el trato hacia ellos.
La actitud del celador hacia las personas influirá en la impresión del paciente y familiares y de la institución en general.

2 Objetivos

-Describir los aspectos más significativos del trato con el paciente y familia. Lograr el bienestar del paciente, la atención, la calidad técnica, calidez y eficiencia son fundamentales, así
- Lograr el bienestar del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en Google académico, así como en la base de datos Scielo y páginas web, palabras clave como: (Percepción, necesidades de la familia, atención al paciente).

4 Resultados

En este apartado vamos a describir la relación que tienen los celadores en el trato con el paciente hospitalizado y familia.
El celador podrá facilitar información tanto a pacientes como a sus familiares de los servicios de los que dispone el centro, sobre la ubicación de dichos servicios y horarios de visitas. El paciente llega al centro hospitalario afectado y angustiado, preocupado por cómo va a ser atendido y por quién va a ser cuidado y por su propia salud etc. En esos momentos de susceptibilidad se fijan en todo tanto él como la familia y cualquier despiste o fallo les puede producir incomodidad y desconfianza, hay que evitar los juicios de valor de las cosas dichas por el paciente. El celador intentará comprender las inquietudes del paciente y siempre teniendo muy presente que necesitan compresión, cordialidad y cuidados, el paciente tiene que sentir que sus problemas son lo primero, así que, la educación, la paciencia y el arte de escuchar son fundamentales, hay que procurar no herir

sus sentimientos y sensibilidad. Debe de tener toda la información necesaria y tiene que ser clara, amable, sencilla y completa, que pueda entenderla.
La empatía juega un papel importante, es la capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona y entender sus sentimientos en un momento dado. Cuando desarrollamos la capacidad de identificarnos con el paciente nos acercamos a su realidad lo que nos permite prestarle una atención y un trato más personalizado. El celador está sujeto al secreto profesional, no informará nunca sobre el estado de salud de los pacientes, lo trasladará amablemente al personal facultativo.

En cuanto a los familiares se procurará en lo posible reducir sus preocupaciones, informar de la planta de ingreso, número de habitación etc. la familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, dependiendo de la gravedad puede generar una crisis emocional de angustia y estrés.

5 Discusión-Conclusión

El trato del celador con el paciente debe de ser ante todo afectuoso y ha de manifestar el deseo de ayudar y durante el tiempo de hospitalización sentir que está en un clima de confianza. La relación de ayuda surge de la empatía entre el celador y la familia producida desde el ofrecimiento a sus, peticiones, aclarando dudas, hay que empatizar, pero sin implicarnos emocionalmente. Hay que conseguir que los pacientes hospitalizados perciban bienestar durante su estancia y percibir un buen trato y ser a tendidos por personal competente. El apoyo emocional en estos momentos, la empatía, la comunicación efectiva, el efecto y el tacto son primordiales. La familia espera encontrar en el equipo de salud el apoyo y compresión para enfrentar angustias y sentimientos presentes y futuro.

6 Bibliografía

1. Http://www.saber vivir tv.com medicina general
2. Http://funciones-celador.Htm.Temario celador 2018.Editorial CEP
3. Percepción de los familiares de pacientes hospitalizados. Revista…2016 scielo.org.co

Capítulo 485

EL CELADOR EN EL MANEJO DE LA MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

SARA VERGAZ TORRECILLA

SANTIAGO OLMO MORENO

DAVID HUERTAS TRUJILLO

IRENE MEGÍA ARENAS

1 Introducción

La figura del celador es el primer eslabón entre el paciente y el personal sanitario. Por ello es importante tener unos conocimientos básicos de como movilizar al paciente y de cómo manejar los materiales de inmovilización adecuadamente, se requiere de un aprendizaje de la técnica y un entrenamiento repetido para adquirir unos hábitos adecuados, en los profesionales del sector sanitario tiene una especial incidencia el dolor de espalda y constituye un factor de riesgo para las lesiones de espalda por lo que las técnicas adecuadas previenen dicho riesgo y no se debe actuar improvisando y recurriendo a la fuerza, cada uno debe de reflexionar y adaptarse a las circunstancias de cada paciente antes de actuar, siempre será preferible utilizar todos los medios posible (grúa) y utilizar el sentido común puede llevar a soluciones sencillas e eficaces hay que tener en cuenta drenajes,

sondas o cualquier otro dispositivo que lleve el enfermo. La inmovilización de los pacientes debe estar justificada. Vamos definir la inmovilización y movilización para ponernos en contexto.
La inmovilización es el conjunto de técnicas que nos permiten limitar el movimiento de un paciente de manera total o parcial según la necesidad de cada caso.
La movilización es el conjunto de técnicas para desplazar a los pacientes en la cama, camilla o silla de ruedas.

2 Objetivos

-Explicar los tipos de movilizaciones que realizan los celadores en un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la creación del presente capítulo se han consultado revistas electrónicas, se revisan estudios científicos sobre el protocolo de actuación para la movilización e inmovilización, así como temas de formación continuada Logos y Google académico y la búsqueda de palabras clave (paciente, inmovilización y movilización).

4 Resultados

-Los objetivos de inmovilización son los que evitan que una persona se haga daño a sí misma o a los profesionales y proporcionar reposo y comodidad a la zona afectada si la hay y evitar el dolor.
-Los objetivos de la movilización del paciente encamado es evitar edemas, inflamación y las escaras por presión.
Se pueden distinguir dos tipos de movilización:
. Movilización activa o asistida: En la que el paciente colabora más o menos y necesita poca ayuda.
. Movilización pasiva: El paciente no colabora porque está limitado (por parálisis, coma, anestesia etc.)
Actualmente se siguen utilizando las sábanas junto con la fuerza para movilizar al paciente encamado, aunque también hay dispositivos que perjudican menos al paciente y facilitan el trabajo a los celadores.

Las tareas del celador en este tipo de pacientes:
. Levantar y rotar a un paciente en la cama.
. Realizar cambios posturales y desplazamientos hacia la cabecera de la cama.
. Trasladar a un paciente desde la cama a la silla de ruedas.
. Pasar a un paciente de la cama a la camilla.
En este apartado explicaremos el procedimiento y la técnica a seguir en pacientes encamados, tanto con movilidad activa como pasiva, teniendo en cuenta que el paciente debe ser informado en todo momento por si pudiera colaborar dentro de sus posibilidades. Tanto en el desplazamiento del paciente hacia la cabecera de la cama, como en el desplazamiento hacia el borde de la cama, y en la sedestación en cama, se retirará la sabana superior y la almohada, en decúbito supino y los brazos del paciente colocados sobre el pecho.
Movilidad activa:
1.Movimiento hacia la cabecera de la cama.
Se hará entre dos celadores, uno a cada lado de la cama, sujetaran desde las axilas al paciente, el paciente flexionará las piernas y a la vez subirán al enfermo.
2. Sedestación en la cama.
Se hará con un celador, el paciente estará en el extremo de la cama y de ese lado, apoyará el codo y la mano, el celador le ayudará para impulsarse a sacar las piernas y sentarse.
3. Decúbitos lateral.
Se hará con un celador, se colocará en el lado del giro, cogerá el hombro más alejado y cadera, la pierna más cercana flexionada y la otra extendida y girará al paciente.
Movilidad pasiva:
1.Movimiento hacia la cabecera de la cama.
Se hará entre dos celadores, uno a cada lado de la cama y sujetando la entremetida y a la vez subirán al paciente hacia arriba.
2. Movimiento hacia un extremo de la cama.
Se hará entre dos celadores, se colocarán en el borde de la cama, uno pasará su mano y brazo bajo el hombro, la otra en la espalda del enfermo y el otro colocará su mano bajo la pelvis y la otra en las piernas, subir y mover hacia el extremo la vez al paciente.
3. Decúbito lateral.
Se puede realizar con un celador, el paciente ya se ha colocado en el extremo de la cama contrario al giro, el celador se colocará en el lado del giro y con un brazo en el hombro y espalda, el paciente tendrá la pierna más cercana flexionada y la otra extendida y con la otra mano sujetará el hombro más alejado y cadera y

girará al enfermo.
El celador tiene que comprobar que el paciente queda seguro en esa posición.

5 Discusión-Conclusión

En los pacientes con movilidad reducida o incapacitada la importancia de la movilización es facilitar la comodidad del paciente y evitar perjuicios al celador (a los profesionales). Esto estimula el movimiento activo voluntario temprano y ayuda a obtener control y coordinación del movimiento y reduce el riesgo de movimiento en estos pacientes con movilidad limitada o nula. La inactividad aumenta con la edad, y es más común entre las mujeres que entre los hombres, las personas con menos recursos y las que viven en instituciones tienen más probabilidades de desarrollar la condición. La movilización debe hacerse de forma preventiva para evitar la temida úlcera por presión y mantenerla mientras el paciente esté dependiente. Esto estimula el movimiento activo voluntario temprano y ayuda a obtener control y coordinación del movimiento y reduce el riesgo de deformidades y caídas.

6 Bibliografía

1. Formación continuada Logos, www.logos.net
2 .Http://www.fundacionsigno.com
3. Revista electrónica, www.revista portales médico.com

Capítulo 486

EL MONITOR EN SALUD MENTAL

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como:
Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad. Según la OMS la depresión es el trastorno mental más frecuente.
En los últimos años hemos avanzado en lo que respecta a la atención a la salud mental, en la provisión de recursos de apoyo y soporte social.
Uno de esos avances normativos fue la Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. Aunque no ha tenido mucho recorrido, debido a la desigualdad en las diferentes comunidades autónomas y a los recortes económicos que ha sufrido.
Creemos que la asistencia personal representa uno de los pasos en la eliminación de barreras para un desarrollo de la persona y un proyecto de vida.
Por ello, los monitores realizan una labor importante con los pacientes, se piensa que los problemas de salud mental son solo de tipo sanitario, siempre las reivindicaciones van orientadas a la mejora en la atención psiquiátrica, psicológica y enfermería, pero también es un problema de déficit a nivel social: falta de adaptación en la familia, en los centros educativos, en el ámbito ocupacional y laboral, así como un déficit en las relaciones sociales, en el ocio y tiempo libre, es donde los monitores de salud mental realizan su labor" dando la oportunidad a muchas personas a que vivan su salud mental con normalidad y disminuya el estigma existente hacia ellos.

2 Objetivos

- Explicar la labor que ejercen los monitores en estas unidades de salud mental y conseguir que estos pacientes tengan una vida mejor y más completa a pesar de sus limitaciones.

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.
Palabras clave: promoción, prevención, salud mental y trastornos mentales.

4 Resultados

Hay factores diferentes que pueden afectar a la salud mental:
. Factores biológicos, como los genes o la química del cerebro.
. Experiencias de vida, como trauma o abuso, (estrés).
. Antecedentes familiares de problemas de salud mental.
. El estilo de vida, como la dieta, actividad física y consumo de sustancias.
La falta de salud mental tiene unas consecuencias como:
. Infelicidad y disminución de la alegría de vivir.
. Conflictos familiares.
. Problemas de pareja.
. Aislamiento social.
. Problemas vinculados al consumo de tabaco, alcohol o drogas.
. Ausentismo u otros problemas relacionados con el trabajo o la escuela.
. Problemas económicos y financieros.
. Pobreza y falta de vivienda.
Las funciones del monitor en las unidades de salud mental son:
. Participación en la acogida y orientación del paciente y familiares.
. Recoger los signos y manifestaciones espontáneas de los pacientes sobre sus síntomas.
. Favorecer la autonomía del paciente.
. Promover la salud y el bienestar.

La autonomía personal es la habilidad que adquiere una persona para resolver por si misma los cuidados o atenciones que requiere en la vida cotidiana y poder colaborar con los demás en estas necesidades. Las habilidades de autonomía personal pueden ser, aseo personal, reconocer personas y objetos, relaciones personales y amigos, realizar tareas del hogar, orientarse, etc.
Existen ciertas habilidades que tiene que aplicar el monitor durante el desarrollo de su trabajo como intentar modificar conductas, actividades de la vida diaria, habilidades sociales y entrenamiento.
Todas las personas poseen la capacidad de aprender, no obstante, existen diferencias en cuanto a la manera, como en la velocidad. El aprendizaje implica conocimientos, habilidades, actitudes, valores, etc.
Los monitores también realizan terapia de rehabilitación cognitiva a estos pacientes para ayudarles a aprender nuevamente o mejorar habilidades como pensar, memorizar, planificar y tomar decisiones.

5 Discusión-Conclusión

Varias publicaciones demuestran que existe suficiente evidencia que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad. Las técnicas cognitivas y habilidades personales son las mas eficaces para mejorar la salud mental. Es vital que reduzcamos los problemas mentales, la promoción y la prevención pueden contribuir a reducir esta problemática que tenemos en este siglo.
El monitor forma parte del equipo terapéutico, y debe mantener un ambiente adecuado en colaboración con los pacientes en un entorno seguro. El monitor colabora en las tareas de la vida cotidiana, de cara a fomentar una vida independiente, promoviendo y potenciando la autonomía del paciente y ayudar a superar sus limitaciones y activar sus capacidades.

6 Bibliografía

1.Habilidades de autonomía personal y social, euroinnova.edu
2. Confederación de salud mental, consaludmental.org
3.Https://scielo.org

Capítulo 487

EL MONITOR EN EL MANEJO CON PACIENTES DE MOVILIDAD REDUCIDA

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

1 Introducción

Una persona con movilidad reducida es una persona que tiene una capacidad significativamente reducida para mover una o más partes del cuerpo. Puede referirse a movimientos disminuidos o descoordinados, distonía o trastornos del equilibrio.

La OM (Organización Mundial de la Salud) define la discapacidad como un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. El término engloba los problemas que afectan a una estructura o función corporal, a las limitaciones en la actividad y a las restricciones en la participación que estos conllevan.

Hay diferentes tipos de discapacidad física, los que afectan a la cabeza, la columna vertebral y las extremidades inferiores y superiores. Según el número de extremidades y las partes del cuerpo que afectan tenemos: la paraplejia, es la parálisis en la mitad inferior del cuerpo; la monoplejía, es la parálisis de una única extremidad; la hemiplejia, la parálisis de un lado del cuerpo y la tetraplejia, la perdida de movilidad de todas las extremidades.

El monitor en este ámbito tiene que hacer su labor con pacientes que pueden que hayan perdido la movilidad recientemente y esto les genera un estrés, (que es lo habitual en este tipo de pacientes), como una respuesta natural y adaptativa, saber tratar a estos pacientes puede mejorar su situación, conlleva mucha

paciencia. Estas personas tienen más posibilidades de generar un problema de salud mental.

2 Objetivos

-Describir las funciones propias de los monitores en las unidades de rehabilitación y terapia ocupacional e intentar integrar a estos pacientes en su día a día.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los servicios de rehabilitación tienen como objetivo principal preparar al paciente para su vuelta a casa con su entorno familiar. La duración de la terapia dependerá de su capacidad de participación y de su progreso adaptativo. La rehabilitación aguda emplea terapia, tratamiento médico, de enfermería y rehabilitación complementaria que es donde realizan su labor los monitores cuyas funciones son actividades de ocio y tiempo libre, la práctica deportiva, así como actividades socioculturales. En cuanto al ocio y tiempo libre podemos enumerar: talleres ocupacionales, actividades recreativas y manualidades, las cuales les será de mucha ayuda para su día a día en el hospital y para la vuelta a su entorno familiar y social. Todas estas actividades están abiertas a la participación de la familia para interactuar, para comprender mejor las limitaciones y posibilidades que tienen estos pacientes.
Durante su hospitalización serán entrevistados por profesionales para explicarles la programación deportiva, de ocio y tiempo libre.
También hay programas en el área de Animación Sociocultural, para ocupar el tiempo de ocio de forma positiva para los pacientes y familia. Además de los talleres ocupacionales se organizan:
. Excursiones culturales y de ocio.
. Exposiciones

. Proyecciones de cine.
. Actuaciones musicales o teatrales.
. Bingos.
. Gynkanas.
La mayoría de las actividades se desarrollan en un solo día, otras se organizan en varios días en plan vacacional.
Los pacientes con movilidad reducida también es conveniente que realicen deporte durante su estancia en el hospital, les servirá para progresar en su rehabilitación. Los deportes que realizan:
. Tenis de mesa.
. Tenis de pista.
. Bádminton.
. Tiro olímpico.
. Natación.
. Handbike (bicicleta de manos).
. Senderismo.
. Rutas cicloturistas.
. piragüismo y submarinismo. Estas últimas se realizan de forma puntual.
Además de tener la titulación necesaria para desempeñar el cargo de monitor se deben de tener una serie de aptitudes personales que les hagan buenos monitores, que sean extrovertidos, alegres, motivados, etc. También deben ser responsables y comprensivos ya que se encontrarán con situaciones que tendrán que resolver con rapidez y es fundamental que les guste lo que hacen.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos desarrollado en el apartado anterior del presente capitulo, podemos resumir que es muy importante que existan monitores preparados, centros de rehabilitación específicos para este tipo de pacientes, con un equipo multidisciplinar, que se ocupen de todas sus necesidades terapéuticas, para ayudarles a promover y mantener un buen estado de salud. La práctica deportiva evita la atrofia muscular y la rigidez articular.
Los beneficios que les aporta a largo plazo es reducir la atrofia muscular, prevenir rigideces, reducir el dolor y acelerar el proceso de recuperación. Hay personas que a través del proceso de rehabilitación, han conseguido superar la fase de dependencia y ser totalmente autónomos en su vida diaria y profesional.

6 Bibliografía

1. Sunrisemedical.es blog/terapia – ocupacional.
2. Hhtp://www.observatoridiscapacidad.org.
3. Neuro – centro.com/como ayudar a una persona con movilidad reducida.
4. Formacióncarpediem.com/cursos – de- monitor.

Capítulo 488

FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO SANITARIO

SORAYA ENTRENAS TALAVERA

IRENE PINEDA MADROÑAL

IRENE MEGÍA ARENAS

MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN

IVÁN TRAINOTTI

1 Introducción

Podemos definir pinche de cocina como la persona que trabaja en la cocina asistiendo al cocinero principal, ayuda en las tareas específicas que le asigna un superior, facilita su trabajo y permite que se ocupe en cuestiones mas propias de su organización
Un pinche trabaja bajo la supervisión de un cocinero siempre.
Evidentemente es obligatorio tener el carnet de manipulador de alimentos. Está en contacto en todas o casi todas sus fases con los alimentos y debe de estar formado.
Entre las fases de la manipulación de los alimentos está: la preparación, transformación, fabricación, elaboración, almacenamiento, envasado, transporte…)
La formación de estos trabajadores es de vital importancia ya que son responsables en gran medida de la salubridad e higiene de los alimentos que se consumen.

Una incorrecta manipulación de las medidas de higiene del pinche de cocina puede tener muy malas consecuencias, entre ellas la transmisión de microorganismos patógenos y que entren en contacto con los alimentos y ello puede causar alguna enfermedad al consumidor. Una adecuada manipulación incide sobre la salud de las personas desde que se producen hasta que se consumen.
Hay una relación demostrada entre enfermedades transmitidas a través de los alimentos y su inadecuada manipulación y sus medidas mejores son las higiénicas. Hay que conocer el proceso, conservación y respetar las exigencias sanitarias.

2 Objetivos

- Saber los hábitos de los manipuladores, con practicas correctas de higiene.
- Describir qué trabajar como pince de cocina en la sanidad.
- Conocer herramientas para el buen funcionamiento del trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se a llevado a cabo una investigación en varios libros de cocina, y se han consultado varios artículos en las principales base de datos.
También se ha buscado en cursos sobre la cocina en sanidad.

4 Resultados

El pinche en la sanidad son los que se encargan de la manipulación de los alimentos y están en contacto en todas sus fases.
La formación de este trabajo tiene que ser de una gran importancia por que se tiene que asegurar la higiene y salubridad de los alimentos, una mala manipulación puede llevar a producir intoxicaciones u otros patógenos.
Hay un estudio que demuestra que se producen enfermedades por una inadecuada manipulación de alimentos y para evitar ésto, la mejor medida a adoptar es la higiene.
El pinche de cocina tiene que conocer el proceso de preparación y conservación de los alimentos y adoptar las normas sanitarias para que el alimento llegue al consumidor en las mejores condiciones.
Los pinches de cocina deberán:
- Saber todas las normas de higiene sanitaria.

- Cumplir dichas normas.
- Cumplir y conocer las tareas a realizar en cada momento para garantizar la seguridad y salubridad de los alimentos
- Tener un aseo personal elevado, el uniforme llevarlo limpio y de un solo uso, y cuando preceda proteger la cabeza con ropa protectora, también llevar el calzado adecuado.
- Si tiene heridas o cortes cubrirlos con vendajes impermeables.
- Las manos se deben lavar con agua caliente y jabón las veces que requiera el trabajo, sobre todo cunado te ausentes y vuelvas a tu trabajo.
- No se podrá fumar, comer o estornudar y toser en los alimentos o superficies, comer chicles, llevar efectos personales que puedan contaminar el alimento.
- No podrán trabajar las personas que tengan alguna enfermedad de transmisión alimentaria.

Algunas de las funciones mas importantes del pinche en el ámbito sanitario son:
- Apoyo al elaborar platos del consumidor.
- Cortar, pelar y lavar los alimentos como carnes, verduras, pescados, patatas… .
- Controlar el tiempo de cocinado cuando el cocinero te lo indique.
- Limpieza de los utensilio de cocina.
- Mantenimiento de los utensilios de cocina.
- Limpieza del espacio de trabajo.
- Llevar el control de los alimentos en el proceso de almacenamiento y tenerlo correctamente organizado.

5 Discusión-Conclusión

El pince de cocina el el ámbito sanitario hace un papel imprescindible en el proceso de elaboración de los platos para que al paciente le llegue en optimo estado. El pinche participa en todo momento en dicho proceso, desde la recepción de los alimentos donde tienen que ser controlados en limpieza, temperatura, almacenaje, etc…, colocación en sus respectivos lugares, limpieza del lugar de trabajo, utensilios y aseo personal. Participa también en la elaboración y el tiempo de cocinado de los platos con ordenes de un cocinero.

Una función muy importante del pinche es la limpieza, tanto personal como del espacio de trabajo y los utensilios a utilizar.

6 Bibliografía

- libro: ayudantes y pinches de cocina

- www.editorialcep.com
- www.poinchesdecocina.com

Capítulo 489

LA HIGIENE Y LIMPIEZA DEL PINCHE EN LA COCINA DEL ÁMBITO SANITARIO

SORAYA ENTRENAS TALAVERA

IRENE PINEDA MADROÑAL

IRENE MEGÍA ARENAS

IVÁN TRAINOTTI

MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN

1 Introducción

La higiene alimentaria son las medidas que se necesitan para que haya una correcta salubridad y garantizar una seguridad en los alimentos.
Para evitar la contaminación de los alimentos se ha de llevar a cabo mas medidas imprescindibles.
La cocina es un lugar donde abundan gran cantidad de bacterias, algunas de ellas inofensivas y otras pueden ocasionar enfermedades y hasta la muerte, y la limpieza es el método para que no causen peligro a la hora de que los pacientes tomen ese alimento.
Desde la recepción de la materia prima hasta el consumo, los alimentos se exponen a la contaminación.

Las comidas servidas en hospitales son diferentes a las comidas de otros lugares, suelen ser para personas enfermas o delicadas de salud.
La organización también es un elemento muy importante a la hora de tener una higiene y limpieza óptima.
Suele haber varias zonas en la cocina de un hospital, entre ellas, zona de recepción de materia prima, zona de preparación, zona de frío, zona de caliente, zona de almacenaje, zona de descanso, etc. en la cocina se utilizan muchas máquinas y herramientas y todas ellas deben tener una supervisión y limpieza exhaustiva para garantizar el buen estado de los alimentos.

2 Objetivos

Exponer la importancia de una correcta higiene y limpieza por parte de los pinches de cocina en el ámbito hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se a llevado a cabo una investigación en varios libros de higiene y limpieza en cocinas hospitalarias, y se han consultado varios artículos en las principales base de datos.
También se ha buscado en cursos sobre la higiene en sanidad.

4 Resultados

Los alimentos son productos que son utilizados para la alimentación y nutrición de las personas.
Los alimentos tienen una composición y se componen de: proteínas, hidratos de carbono, lípidos o grasas, sales minerales, vitaminas, agua…, y pueden ser de origen animal, origen vegetal u origen mineral.
Los alimentos pueden tener alto o bajo riesgo dependiendo de su composición química y su conservación puede ser de corta, media o larga duración.
Hay que controlar todos los eslabones y medios de transporte para que no se produzcan contaminación en los alimentos.
Algunos de los factores que favorecen la contaminación o deterioro de los alimentos son:
- El ph o grado de acidez.

- El agua o humedad, cuanta mas agua tiene el alimento mas puede crecer los microorganismos.
- La cantidad de oxígeno, cuanto mas oxígeno mas favorece el crecimiento de las bacterias patógenas.
- La temperatura es el factor mas determinante en la contaminación de los alimentos

Para la manipulación de los alimentos tenemos que tener en cuenta estos conceptos para que no sean contaminados.
- No debe tener ninguna patología infecciosa que suponga riesgo para el alimento (enfermedad respiratoria, digestiva o dérmica).
- Tener una higiene personal óptima (correcto lavado de manos con agua caliente, vestimenta de trabajo limpia, aseo adecuado, utilización de mascarillas y guantes en secciones de riesgo, no fumar, no comer, beber o masticar chicle, no toser ni estornudar encima de los alimentos y superficies, no secarse en paños de tela.
- Los lugares y utensilios donde están los alimentos deben mantenerse limpios, tienen que tener una limpieza y mantenimiento y desinfección óptima.
- Se evitará en todo momento la suciedad y el contacto con elementos tóxicos.
- Los lavabos deben tener agua fría y caliente, con jabón y papel de secado de manos.
- Tiene que haber medios de ventilación.
- La luz debe de ser suficiente para la optima realización de las tareas..
- Hay que evitar en todo momento la contaminación cruzada y mantener los alimentos en su temperara correcta.

5 Discusión-Conclusión

Para el buen funcionamiento de una cocina en el ámbito hospitalario y que los alimentos sean consumidos en perfecto estado se establecen una serie de normas que todos los trabajadores tienen que cumplir. Estas normas van desde la entrada de la materia prima hasta la consumición de la comida.
Si alguna de estas normas son incumplidas puede producir alteraciones en los alimentos y producir desde enfermedades hasta incluso la muerte.
Una correcta limpieza es fundamental para que no suceda esto.
Otro elemento fundamental es la temperatura en la que se conservan los alimentos.
La higiene personal también es un factor muy importante en este trabajo, cumpliendo todas las normas de higiene reducimos mucho que los alimentos

sufran alguna alteración.

6 Bibliografía

- libro: higiene en la cocina. Larousse
- libro: higiene y seguridad en la manipulación de los alimentos.
- www. Navarra.es
- www.studoco.com
- www.esscribd.com

Capítulo 490

PAPEL FUNDAMENTAL DEL PINCHE EN LAS INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

SORAYA ENTRENAS TALAVERA

IRENE PINEDA MADROÑAL

IRENE MEGÍA ARENAS

IVÁN TRAINOTTI

MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN

1 Introducción

La intolerancia alimentaria es una reacción adversa de nuestro cuerpo cuando comemos determinados alimentos, y provoca que nuestro organismo forme anticuerpos frente a proteínas de algunas sustancias del alimento.
Hay diferencia entre alergia e intolerancia, la alergia es una reacción mas peligrosa para la salud porque acelera mas el sistema demonológico, ante una alergia es importante buscar ayuda médica lo antes posible ya que corre un grave peligro, incluso provoca dificultad para respirar.

Los síntomas más frecuentes que suele provocar la intolerancia son fatiga, dolor de cabeza, dolor abdominal, ronchones en el cuerpo, diarrea, etc.

Ante una intolerancia podemos sospechar de cualquier alimento, pero los mas frecuentes son: aditivos, frutos secos, huevo, leche, gluten, marisco, pescado, etc. Ante la sospecha de cualquier intolerancia hay que avisar al médico y ponerse en manos de un especialista, cuanto mas tiempo estemos sin actuar más peligro habrá para nuestro organismo.
El tratamiento de estas intolerancias suele consistir en una dieta en la que no aparezca esa sustancia que provoca la intolerancia.
La mala reacción del organismo a estos alimentos pueden ser inmunológicos o no inmunológicos y esa es la diferencia en que debido a la reacción adversa se tenga alergia o que se tenga intolerancia. Y aunque algunos síntomas son los mismos deben de llevar unos tratamientos diferentes y tienen unas consecuencias diferentes.

2 Objetivos

Exponer la importancia del papel del pinche de cocina en cuanto a las intolerancias alimentarias en el ámbito hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se a llevado a cabo una investigación en varios libros de intolerancias alimentarias, y se han consultado varios artículos en las principales base de datos.
También se ha buscado en cursos sobre alergias e intolerancias alimentarias.

4 Resultados

Hay reacciones alimentarias inmunológicas y no inmunológicas, las primeras corresponde a la alergia, mientras que las segundas corresponden a la intolerancia.
Intolerancia afecta a un 40% de la población, por esta razón tanto el pinche como todo el equipo debe tener especial cuidado.
Esta intolerancia produce que se libere la inflamación y puede afectar a algunos órganos de nuestro cuerpo.. Esta inflamación puede producir algunos de estos síntomas: dolor e hinchazón abdominal, diarreas, dolor de estómago, migrañas, fatigas, alteraciones en la temperatura y en la piel (ronchones), etc.

Los pacientes que tienen este tipo de intolerancias tiene que evitar comer esos alimentos. Normalmente se evita ingerir esos alimentos durante ocho meses y se vuelve a probar, pero hay personas que la sensibilidad alimentaria le dura toda la vida.
Los principales alimentos que producen mayor intolerancia son los siguientes:

- Lactosa: Esta intolerancia se produce cuando los enzimas no pueden digerir la lactosa que contiene la leche. Pueden producir síntomas digestivos: hinchazón, gases y suele aparecer entre 30 minutos y 2 horas después de comerlos. No suelen causar graves problemas, pero esos síntomas pueden ser molestos.
La mayoría de estas personas pueden tomar otros alimentos que tengan lactosa, pero otras no pueden comer nada de lácteos.
Algunos de los alimentos que producen esta intolerancia son la leche, quesos, yogures, mantequilla, postres lácteos, helados, etc.

- Gluten: Es una enfermedad denominada celiaca, y es una reacción del sistema inmune al consumir gluten.
El gluten se encuentra en el trigo, cebada o centeno.
Con esta enfermedad si se ingiere gluten puede dañar el revestimiento del intestino delgado e impide la absorción de algunos nutrientes.
Los síntomas que produce esta intolerancia pueden ser: diarrea, hinchazón, nauseas y vómitos, perdida de peso entre otras y pueden provocar algunas complicaciones graves.
Algunos de los alimentos con gluten son: pan, harinas de trigo, centeno, cebada, avena.., bollería, chocolate, conservas, patés, etc.
Otros alimentos que producen intolerancias entre otros son los huevos, pescados, mariscos, frutos secos y algunas frutas.

5 Discusión-Conclusión

La intolerancia a los alimentos es bastante frecuente en las personas, y hay que tomar todas las precauciones y evitar la contaminación cruzada para que ningún paciente que tenga esta intolerancia se le de algún alimento que no pueda tomar.
Hay muchos tipos de alimentos que pueden producir esta intolerancia, y en la cocina deben de haber separaciones para cocinar todos los platos sin que haya ninguna posibilidad de que se mezcle y pueda producir daños. En caso de producirse avisar al medico.
Los alimentos mas alérgicos son la leche por la lactosa, huevos, gluten,algunas frutas, frutos secos entre otros.

En definitiva hay que tener un control exhaustivo para la contaminación cruzada y tener el conocimiento adquirido para evitarlo.

6 Bibliografía

- libro: intolerancias alimentarias
- libro: alimentacion sin gluten y sin lactosa
- Www.Sanitas.es
- www.plusultra.es
- www.topdoctors.es

Capítulo 491

PREVENCIÓN DE RIESGOS: IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

URBANO SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

Los poderes públicos tienen la obligación de garantizar el derecho a la vida y a proteger la integridad física de los ciudadanos en las situaciones de emergencia que pudieran presentarse y donde se requiere una actuación inmediata para su control. Además han de procurar la adopción de medidas destinadas a la prevención y control de los riesgos en su origen, por lo que tienen que establecer las actividades que puedan prevenir y anticiparse a una situación de emergencia y es la obligación de los titulares de los centros, establecimientos, dependencias o lugares de trabajo donde se realicen dichas actividades, donde dispongamos de un sistema de autoprotección, estando dotados con sus propios recursos para realizar las acciones de prevención de riesgos para evitar que se produzcan daños a personas, instalaciones, procesos y económicos de nuestra organización.
En plan de autoprotección se deben identificar a los titulares responsables de la planificación y organización del mismo para la óptima utilización de los medios técnicos y humanos. También debemos conocer el emplazamiento de la actividad y su descripción detallada de la actividad y debemos poseer una lista enumerada de registros donde se describan las medidas y medios de autoprotección de los que disponemos.

El Plan de Autoprotección lo debemos elaborar para decidir e informar sobre todos los aspectos que puedan estar con la autoprotección frente a los riesgos a los que esté sujeta la actividad y donde debemos actuar.
Es un documento en el que constan los medios de que dispone la empresa para hacer frente a posibles situaciones de emergencia y las actuaciones que se realizarán ante dichas emergencias.

2 Objetivos

- Prevenir y controlar los riesgos sobre personas y bienes.
- Ofrecer una respuesta adecuada y efectiva ante las situaciones de emergencia.

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.
Búsqueda en distintas páginas web de Internet usando como palabras clave: Mantenimiento Preventivo, Plan de Autoprotección.

4 Resultados

En la implantación del Plan de Autoprotección debemos asegurarnos, garantizar y certificar de que todos los trabajadores y usuarios en general del centro donde realicemos una actividad, dispongan de la formación e información necesaria sobre las actuaciones a seguir en caso de que se produjera una emergencia en el centro de trabajo o de servicio donde realizan su actividad laboral.

Nosotros debemos establecer los criterios que suscitarán y labrarán los programas de elaboración del Plan, implantando los siguientes:

1. FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS INTERVINIENTES.

Los requisitos de información y formación que necesitarán saber todos los componentes de los equipos multidisciplinares intervinientes en nuestro plan de autoprotección y el resto de personal empleados, para que puedan contar con la

total seguridad y salud en el desempeño de sus actividades y así ellos puedan atacar físicamente la emergencia y puedan controlarla inmediatamente serían los siguientes:

Jefe de Intervención

 El Jefe de Intervención debe conocer perfectamente el Plan de Autoprotección y en especial todo lo relacionado con la organización donde trabaja y todos los recursos disponibles, fórmulas y procedimientos a seguir en caso de una emergencia en nuestra organización.
 Debe conocer el edificio donde trabaja en su totalidad y en especial todo lo relacionado con los medios, las vías de evacuación y todas las posibles zonas de riesgo potencialmente existentes.
 También debería conocer las exigencias y los requisitos legales de mantenimiento de todos los equipos de protección y de seguridad en las instalaciones de nuestro edificio.
 En el transcurso de la realización de su actividad tiene la obligatoriedad de recibir un curso de formación específico de capitación donde adquirirá los conocimientos y habilidades especiales para el desempeño de su puesto.

Equipo Primera Intervención

 El equipo de primera Intervención interviniente tiene que conocer el desarrollo del Plan de Emergencia y cumplir con las funciones asignadas y acudirán al lugar donde se produzca la incidencia o emergencia con la finalidad de intentar su control y atenuación.

 Tienen que conocer los esquemas, gráficos e instrucciones, siendo capaces de poder actuar adecuadamente en caso de una emergencia.
 Tienen que conocer los medios de protección contra incendios, zonas de riesgo y las instalaciones de su planta, empresa u organización y saber decidir las acciones más adecuadas.
 Al igual que el Jefe de Emergencias, también deberá realizar un curso de formación específico a las características de su participación.

Equipos de detección de emergencia y Evacuación

El equipo de detección de emergencias y de evacuación dentro una empresa u organización está integrado un grupo de trabajadores experimentado de la misma empresa, pudiendo estar constituido por dos, tres o cuatro trabajadores, dependi-

endo de las características de la actividad empresarial, cuyas misiones son las de dirigir ordenadamente a las personas, que se encuentran en un suceso de riesgo, hacia las salidas de emergencia correspondientes, verificando que nadie quede sin evacuar. Entre su cometido o tareas podemos destacar:

 Por supuesto, también debe conocer el desarrollo del Plan de Emergencia y las funciones asignadas en la ficha de actuación.
 Debe conocer que hacer cuando exista una alarma y realizar la evacuación, para que en caso de una emergencia activar el plan.
 Debido a la complejidad de muchas actividades, debe conocer minuciosamente los medios y vías de evacuación de su empresa y la situación de los puntos de reunión en el exterior.
 Al igual que el resto de los equipos que conforman el Plan de actuación ante una emergencia, deberá recibir su curso de formación específico acorde a sus funciones.

2. INFORMACIÓN DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN.

• Todas las personas propias o ajenas de una actividad empresarial tienen que conocer el Plan de Emergencia del lugar a donde acudan, así como la forma de actuación ante una emergencia.
• Deben seguir los consejos prácticos que les proporcionen los equipos de emergencias ante las diferentes incidencias que puedan surgir.
• Recibirán una charla informativa donde se les explicará el Plan de Autoprotección y en la que se indicará al menos: a. Las precauciones que deben adoptar en una emergencia. b. La forma en que deben actuar cuando detecten una emergencia. c. Evitar el uso medio de salida mecánico y acceder al exterior de las instalaciones de la forma más rápida y segura posible.

3. LA SEÑALIZACIÓN Y SIMBOLOGÍA

Todos los carteles con las consignas y los símbolos utilizados en un plan de seguridad se diseñan de una forma muy elemental e intuitiva, con indicaciones de las normas a seguir en caso de Emergencia, ya que pretenden ofrecer una información en mayor o menor grado a los usuarios del edificio, en función de las características de los ocupantes fijos u ocasionales de los mismos.
Los resultados que se pretenden con estos carteles pasan por actuaciones tales como:
- Que mantengamos la tranquilidad y conservar la calma ante el conato de una emergencia.

- En caso de una emergencia daremos la alarma en forma adecuada y ajustada.
- En caso de incendio tomaremos las acciones convenientes para limitar en lo posible el avance y desarrollo del fuego y el humo.
- También en caso de incendio intentaremos la extinción del mismo con los medios disponibles, siempre que valoremos que no ponemos en riesgo nuestra vida.

En general, los carteles destinados a empleados y clientes deben situarse en aquellos lugares donde, por razones de permanencia y/o paso, sean vistos de forma inevitable.

4. LOS MEDIOS MATERIALES Y RECURSOS DISPONIBLES.

En cualquier organización o actividad empresarial, para la implantación del Plan de Autoprotección, es el titular de la actividad quien dotará al centro laboral de todos los medios materiales y recursos necesarios para solucionar cualquier emergencia que se produzca en el interior del local.

5. EL RECICLAJE CONTINUO DEL PERSONAL

Periódicamente, se tendrá que realizar un reciclaje de la formación impartida inicialmente y de la información que se facilitó a los trabajadores.
En este apartado se establecerá el programa a seguir para el reciclaje y se establecerán los criterios que lo justifiquen.

6. LA RENOVACIÓN PERIÓDICA DE MEDIOS Y RECURSOS.

En todo edificio o establecimiento se realizan obras de mantenimiento. El objetivo o la intención que debemos tener al realizarlas estas obras tienen que estar siempre orientadas a mejorar las condiciones del edificio o lugares de trabajo.
Toda prioridad de las obras que nos marquemos a la hora de realizarlas estará determinada por unas mejoras objetivas de las instalaciones y lugares de trabajo, donde su realización y vendrán determinadas por el aumento de la seguridad de las instalaciones, como pueden ser:La supresión de barreras arquitectónicas, la mejora de las condiciones de evacuación y la mejora de los medios técnicos de protección.

7. HACER SIMULACROS PERIÓDICOS.

A la hora de que tengamos que realizar un simulacro dentro de la empresa, este se debe de realizar al menos una vez al año, simulando una situación de emergencia,

donde cada miembro interviniente en el Plan asuma su responsabilidad acordada. El objetivo o el fin del mismo es que con ellos nos servirá para comprobar la eficacia de nuestro Plan de Autoprotección ante emergencias o para reformarlo, en caso de que detectemos defectos en él.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber realizado el estudio de cómo y por quien realizar un Plan de Autoprotección dentro de una estructura o actividad empresarial, podemos concluir como características importantes las siguientes:
Para la implantación de nuestro Plan de Autoprotección debemos identificar quién será el responsable de la implantación del Plan.
El titular de la actividad, la implantación del Plan de Autoprotección, es el responsable de su implantación y mantenimiento eficaz del mismo.
Las recomendaciones de seguridad para todo nuestro personal del establecimiento es obligación a participar en los planes de autoprotección dentro de la empresa de conformidad con lo previsto en la legislación vigente y así poder actuar con seguridad en caso de producirse una emergencia.
El titular de la actividad o empresario dotará al centro de trabajo de todos los medios materiales y recursos necesarios para solucionar cualquier emergencia que se nos produzca en el interior del local.
El responsable de la implantación del Plan debe asegurar el mantenimiento de la eficacia y la actualización del Plan.

6 Bibliografía

- REAL DECRETO 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- La Ley 2/1985 de 21 de enero, sobre Protección Civil.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 492

EL MANEJO DE LA GRÚAS POR EL CELADOR

MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO

YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ

ANTONIO RAMOS COELLO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA

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

El objetivo principal de este capítulo:

Explicar que son las grúas auxiliares para el trabajo de un celador.

Como objetivo secundario:

Cómo se realizan los movimientos básicos y cómo colocar el arnés al enfermo de la unidad sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las grúas auxiliares son un tipo de ayuda técnica que permite realizar la movilización de los pacientes dependientes que no tengan ningún tipo de movilidad o esta sea reducida. Lo podrán realizar de una forma segura y a la vez cómoda, tanto para el paciente como para el cuidador, evitando así las posibles lesiones sufridas en la espalda por parte del cuidador al reducir los esfuerzos que debe realizar.

Los movimientos que se van a realizar con la grúa básicamente serán dos, desde la posición de tumbado, realizar el traslado al sillón o silla de ruedas y viceversa.

Para la colocación del arnés se han de seguir los siguientes pasos:

Desde la posición de tumbado:

1. Estando el paciente en posición decúbito supino (boca arriba), colocarlo en posición decúbito lateral (de lado).

2. Colocar el arnés sobre la cama bien estirado.

3. Girar al paciente sobre el arnés y colocarlo en posición decúbito lateral sobre el otro lado.

4. Pasar al paciente a posición decúbito supino.

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

A modo de conclusión, la utilización de un medio auxiliar mecánico como es la grúa para la movilización y transporte de los pacientes encamados con movilidad nula ayudara a intervenir sobre el paciente. De modo que facilitará por parte del cuidador al desplazamiento de este a la hora de realizarle los cuidados básicos como la higiene.

Con la utilización de esta herramienta auxiliar se evitarán lesiones por ambas partes. El paciente evitará ser dañado durante su manejo y el cuidador evitará la realización de sobreesfuerzos a la hora de su movilización que pueden provocar lesiones de espalda. Por otro lado, al ser necesario tan solo un cuidador para realizar el movimiento del paciente, el resto de personal podrá atender los cuidados de otros pacientes o realizar otras tareas.

6 Bibliografía

1. https://ortopediaenlinea.com/arneses/

2. https://moovintecmovilidad.es/diferencias-minusvalia-movilidad-reducida/#::
text=Las%20personas%20con%20movilidad%20reducida,tener%20o%20no%20una%20discapac
3. https://revistamedica.com/grua-hospitalaria-celador/

Capítulo 493

LA FORMACIÓN DEL CELADOR PARA PODER REALIZAR LAS MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES

MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA

YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ

ANTONIO RAMOS COELLO

1 Introducción

La figura del celador es el primer eslabón entre el paciente y la consulta del médico, tanto en las puertas de la atención primaria como en las puertas de los centros hospitalarios. Ello lleva a que sea esta figura la que está directamente implicada en el movimiento y traslado de los pacientes, por ello, es fundamental que el celador tenga unos conocimientos básicos para movilizar al paciente y manejar los materiales necesarios de movilización e inmovilización de pacientes teniendo en cuenta en todo momento la seguridad tanto para el paciente como para el propio celador. Para tratar el tema de este capítulo veamos en primer lugar la diferencia entre estos conceptos:

- Por un lado, la movilización es una técnica que consiste en el movimiento

que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación.

- La transferencia es el movimiento que se realiza para desplazar al paciente desde un lugar a otro.

- Por último, la inmovilización es la técnica para conseguir de modo permanente o temporal la supresión de movimientos de un miembro o zona corporal.

El desconocimiento de estas técnicas hace que se actúe de modo improvisado y recurriendo a la fuerza pudiendo sufrir lesiones corporales, por ejemplo en la columna.

2 Objetivos

El objetivo de la realización de este capítulo es analizar el papel del celador en la movilización e inmovilización del paciente.

Como objetivo secundario:

Mostrar las capacidades del celador en el trabajo en equipo.

Formar a los celadores para poder hacer la movilización e inmovilización.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo un estudio concienciado de las técnicas de movilización e inmovilización que deben ser conocidas y llevadas a cabo por los celadores. Para ello se han utilizado libros específicos de la materia, así como un análisis e investigación sobre la importancia de la cognición de estas técnicas en diversos artículos.

Se han utilizado palabras claves como celador, movilizaciones, inmovilizaciones entre otras.

4 Resultados

El celador debe contar con la formación necesaria para realizar los cambios posturales (una de las técnicas requeridas por los celadores) tanto manualmente

como mecánicamente. Así, conseguimos que el paciente tenga una correcta movilización sin sufrir lesiones. Este tipo de técnicas son empleadas no sólo para el traslado de los pacientes o para realizar cambios posturales, sino también para la colocación del paciente en la posición correcta para intervenciones quirúrgicas, pruebas complementarias o exploraciones. Aunque el celador es la figura principal encargada de realizar estos movimientos, también puede estar presente el equipo de enfermería. Pasos y normas a seguir para llevar a cabo técnicas de movilización de pacientes:

1. En primer lugar antes de empezar a movilizar debemos informar al paciente de la acción que se va a realizar.

2. Consultar al paciente si puede colaborar en la acción (de no ser así, es posible la necesidad de dos celadores para llevar a cabo el movimiento).

3. Preparar todo el material necesario para la movilización (siempre y cuando la movilización no sea de forma manual).

4. Guardar la intimidad del paciente en todo momento.

5. El celador estará atento a todos los movimientos del paciente siempre sirviendo de punto de apoyo y garantizando su seguridad. Las técnicas de movilización de forma manual más comunes que utilizará el celador son:

- Movimiento del paciente hacia la cabecera de la cama (movilización).

- Movimiento del paciente hacia un lateral de la cama (movilización).

- Movimiento del paciente de la cama al sillón o silla de ruedas (transferencia).

Existen diversos dispositivos de apoyo en la movilización. Entre ellos podemos encontrar: almohada, bota, rollo trocantéreo, sacos de arena, férulas, barra trapecio, barandillas laterales, tableros de cama o camas-silla. Además, el celador cuenta con un amplio abanico de materiales y dispositivos para ayudarse en el momento de realizar la movilización. Algunos de ellos son: sábanas, grúas y arneses, discos giratorios, rolón, taburete, o trapecio, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar las técnicas de movilización, transferencia, e inmovilización de las que se encargan los celadores y la importancia que tiene su conocimiento, con-

cluimos que, para un correcto transcurso del trabajo diario y para poder garantizar la seguridad tanto del paciente como del celador, es esencial que el profesional cuente con los conocimientos y formación necesaria.

Deben conocer tanto las diferentes posiciones anatómicas existentes, como el material que tienen a su disposición para realizar la movilización de forma mecánica o manual, así como la normativa vigente para realizar esta tarea. Con todo ello, formación y profesionalidad, se consigue realizar un trabajo de calidad y manteniendo en todo momento la seguridad de todos.

6 Bibliografía

1. "Actuación del celador" [Editorial CEP]. 2003

2. "Conocimientos básicos y funciones del celador" [Formación continuada Logoss]

3. "Técnicas de movilización e inmovilización para celadores" [Formación continuada Logoss] 4. "Movilización del paciente". Disponible en: http:// celadoresonline.blogspot.
com/p/tema-10-movilizacion-del-paciente.html

5. "Técnicas de movilización de pacientes". Disponible en: http://www. auxiliarenfermeria.com/movilizaciones.htm

6. "Traslado y movilización de enfermos. Funciones del celador". Disponible en: https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/01/celador-pdf1.pdf

7. "Decúbito Prono en el Paciente Crónico". Disponible en: http: //congresoenfermeria.es/libros/2012/salas/sala4/p_308.pdf

Capítulo 494

LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EL CELADOR

MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO

YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

ANTONIO RAMOS COELLO

JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos considera que el paciente terminal es aquel que sufre un tipo de enfermedad avanzado, que no responde a ningún tipo de tratamiento, produciéndose la muerte en un corto periodo de tiempo menor de seis meses que se puede concretar en días, semanas o meses. produce un fuerte golpe emocional para el paciente y su familia. Los cuidados paliativos son todos aquellos recibidos por el paciente terminal para ayudarle a pasar sus últimos días con dignidad, recibiendo éste una atención continua, individual e integral que cubra todas las necesidades sociales, físicas y psíquicas.
Para conseguir todo lo anteriormente citado el celador colabora en muchas tareas, que van a ser citadas a continuación:
- Ayuda en el aseo de los pacientes.
-Ayuda en la colocación y retirada de cuñas.

-Ayuda en los movimientos y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial.
-Ayuda en la realización de placas.
-Rasura en ausencia del peluquero a los enfermos masculinos si estos necesitan someterse a una intervención quirúrgica urgente.
-Comunican sin tardanza todo lo confiado por sus superiores.
-Trasladan todos los aparatos y mobiliario de un servicio a otro según la necesidad del paciente.
-Prestan su ayuda al personal médico y de enfermería a la sujeción del paciente.
Según la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Cuidados Paliativos, podemos definir a los enfermos terminales como pacientes con enfermedad avanzada, progresión activa y pronóstico de vida limitado por lo que inevitablemente conduce a un determinado período de muerte. A los 6 meses. En la última etapa, el objetivo del tratamiento médico no es ”curar” sino ”cuidar” al paciente física y psicológicamente.
Teniendo en cuenta la delicada situación a la que se enfrenta el paciente en esa etapa, quizás de las más difíciles de todo el proceso de la enfermedad, todo cuidado y atención por parte de sus cuidadores y en este caso especial atención por parte de los celadores, ayudaría a una mejor calidad de vida dentro de esa fase final de la enfermedad.
La autora del libro On Death And Dying la psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross sugiere que las personas que están cerca de la muerte (enfermos terminales) experimentan cinco etapas de duelo: Negación, Ira, Negoción, Depresión y Aceptación. De estas cinco fases tendremos una pequeña descripción de cada una de ellas, de las cuales espero sirva para reconocerlas en una situación real, saber interpretarlas y estar preparado para poder dar una atención digna.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo:
- Exponer las funciones del celador en el cuidado de los pacientes de cuidados paliativos.
Como objetivo secundario:
- Describir los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado varios artículos en diferentes revistas, y varias bases de datos: Pumbed, Medlne y Scielo, seleccionando diferentes artículos relacionados con el celador.
Se han utilizado documentos en formato papel y en formato digital.
Palabras claves: cuidados paliativos, cuidados terminales, celador entre otras.

4 Resultados

El rol del celador ante el paciente moribundo es muy importante, puesto que es un miembro del equipo (médico, enfermero, auxiliar de enfermería, psicólogo, etc.) que brinda cuidados paliativos o cuidados de confort al paciente, por lo que debe ser profesional.
El comportamiento del celador debe enfocarse en mejorar la calidad de vida del paciente, brindarle una atención continua y personalizada, promover su dignidad y mantener la higiene diaria y continua del paciente y de la unidad del paciente (conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario). Se debe cuidar la actitud ante los familiares y cuidar los comentarios.
El celador deberá desarrollar su empatía (capacidad de ponerse en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa) y atender las necesidades psicológicas del paciente escuchando y hablando con él. Un paciente terminal puede pasar por 5 etapas antes de aceptar la muerte, aunque no tiene que pasar por todas las etapas, pasará por al menos 2 etapas. La especialista suizo-estadounidense Kùbler Ross, nacida en 1926 y fallecida a principios del S. XXI describe la aceptación de la muerte en 5 etapas:
1.Negacion: Es la defensa del paciente ante la enfermedad
2.Ira: La persona busca atribuir la responsabilidad de la pérdida a ciertos factores, como otras personas o incluso a sí mismo.
3.Negociacion: El paciente está aceptando la idea de una muerte inminente, pero intentará retrasar o posponer el resultado tanto como sea posible.
4.Depresión: Durante este tiempo, la persona comienza a determinar las verdaderas circunstancias de la pérdida, lo que puede producir sentimientos de tristeza y desesperación, así como otros síntomas típicos de estados de depresión como es aislarse del mundo o una falta de interés y anhedonia. Perder a un ser querido, enfrentar la muerte y otras fuentes de dolor, al menos por un período

de tiempo, la vida puede volverse insignificante para nosotros. Sin embargo, la fase de aceptación asume que estos sentimientos de tristeza tan naturales se han normalizado. 5.Aceptacion: La llegada de un estado de calma con la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis, se llega a la conclusión de que los celadores son una parte muy importante de los profesionales que atienden a los enfermos terminales al final de la vida. La comodidad del paciente en la etapa final debe ser el objetivo principal del celador, pues debe saber qué etapas puede atravesar antes de aceptar la muerte y ponerse en su lugar, esto quiere decir que es empático, para brindar una atención eficaz.
La formación especializada del personal de enfermería y otros miembros del equipo médico en cuidados paliativos o cuidados de confort será de gran ayuda para las familias y los pacientes terminales en el correcto tratamiento profesional. Dentro de esta formación se incluye al personal no sanitario que trabaja directamente con los pacientes como es el celador.

6 Bibliografía

1.Silva, L y Gil, J.M.Boceta, J, et al. Actuación del celador en las unidades de cuidados paliativos. Primera edición. Madrid editorial MAD 2011.
2.Caballo, B. Temario celadores Servicio Extremeño de Salud. Volumen 2. 1ª Edición. Madrid: editorial tema Digital, S.L. 2017. 3.www.academiatamargo.com
3 .Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.

Capítulo 495

PINCHE DE COCINA Y EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

M. CARMEN GÓMEZ PEREZ

ANTONIA HERRAEZ LOPEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO

1 Introducción

En la mayoría de los casos, los alimentos se comercializan envasados con un doble objetivo, por un lado, hacer un anuncio del producto y, por otro, protegerlo para alargar su período de consevación.
Existen múltiples técnicas de envasado, tales como el envasado tradicional, el envasado al vacío o el envasado en atmósfera modificada.
También son muy variados los recipientes utilizados, tanto en forma como en el uso del material (botellas, cajas o frascos, de materiales como el plástico, el cartón o el aluminio, entre otros)
Todos estos materiales, dado que van a estar en contacto con los alimentos, deben cumplir una serie de requisitos y deben de adaptarse a la normativa vigente

recogido en el marco de referencia legislativa sobre los envases de los alimentos:
Este es el Reglamento Europeo 1935/2004 sobre materiales y objetos destinados a entrar en contacto con alimentos, que fija las exigencias en materia de seguridad alimentaria y trazabilidad para los fabricantes de los envases alimentarios.
El objetivo principal de esta legislación es asegurar la salud de todos los consumidores, esto es de vital importancia y más aún si cabe en el ámbito sanitario ya que los pacientes que están ingresados en el hospital ya tienen un estado de salud en mayor o menor medida comprometido, por lo que resulta de vital importancia garantizar que los alimentos que consumen esten en perfectas condiciones de uso.
En todos los envases de los alimentos debe de existir un etiquetado del producto, que es lo que vamos a desarrollar a continuación

2 Objetivos

Conocer como pinches de cocina que trabajan en el servicio de cocina de un hospital en que consiste el etiquetado de los alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los alimentos deben de ir acompañados de su propia tarjeta de presentación, que los identifica y caracteriza. Esto es lo que conocemos como etiquetado.
El etiquetado de los alimentos está regulado por el Reglamento (UE) N.º 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor.
La información incluida en el etiquetado debe ser leal, es decir, no debe inducir a error y, por tanto, debe incluir información veraz sobre las características del

alimento como su naturaleza, su identidad, sus cualidades, su composición, cantidad, duración, país de origen o lugar de procedencia y modo de fabricación u obtención.
La información que aparece en el etiquetado debe ser clara, concisa y fácil de comprender de forma que no induzca al error a la persona que lo lee.
La información alimentaria obligatoria debe de situarse en el envasado en un lugar destacado, de forma que sea fácilmente visible y legible. No podrá taparse o separarse por otro elemento.
■ CONTENIDO DE LAS ETIQUETAS
Denominación del alimento:
Se debe de indicar la denominación legal del alimento, la prescrita en la legislación aplicable o en su ausencia la denominación habitual basada en el uso y costumbres del país en el que se venda el artículo. Deberá de acompañarse de determinadas menciones especiales en el caso de que así fuera como por ejemplo: menciones sobre las condiciones físicas del alimento, designación de descongelado si el alimento ha sido descongelado antes de su venta, irradiado o tratado con radiación ionizante, si se ha sustituido un ingrediente habitual por otro, productos a los que se hallan añadido proteínas deberán indicarlo, productos donde se halla añadido agua deberán indicarlo, si la envoltura del embutido no es comestible deberá así mismo indicarse.
Ingredientes que puedan causar alergia o intolerancia y se usen en la fabricación o elaboración del alimento:
Como por ejemplo crustáceos, cereales, huevos, pescado, cacahuetes, soja, leche y derivados, frutos secos, apio, mostaza, sésamo
Indicación cuantitativa de los ingredientes:
Debe indicarse la cantidad de los ingredientes usados en el caso de que figure en la denominación del propio alimento o se asocie al mismo, éste esté destacado en el envasado del alimento o sea esencial para definirlo.
La cantidad neta:
Expresada en litros, centilitros, mililitros, kilogramos, gramos.
Se realiza en unidades de volumen en productos liquidos y en unidades de peso para el resto.
FECHAS:
Hay 3 fechas importantes que deben figurar en el etiquetado:
- Fecha de duración mínima: fecha hasta la que el alimento conserva sus propiedades específicas cuando se almacena de forma correcta
- Fecha de caducidad: fecha a partir de la cual el alimento no se considera seguro.
- Fecha de congelado: deberá indicarse día, mes y año.

Las condiciones especiales de conservación, utilización y modo de empleo.
El nombre o la razón social y la dirección del operador de la empresa alimentaria

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como pinches de cocina cual es el contenido que debe de proporcionarnos el etiquetado de un alimento, de forma que sepamos leerlo de forma correcta sabiendo lo que significa cada denominacion y cada indicación. Es importante que tengamos en cuenta las fechas de caducidad de los alimentos para descartar aquellos que no se encuentren en un correcto estado para su uso.
Si un alimento puede contener trazas de un alérgeno este debe de incluirse de forma obligatoria en el etiquetado de forma que lo podamos reconocer fácilmente.
Es también importante comprobar que aparezca el número de lote del producto ya que si hay una alarma sanitaria y se debe de retirar cierto lote de un determinado producto este será el que nos indique cuál debemos de retirar de la circulación

6 Bibliografía

1- Etiquetado nutricional de los alimentos: Guía definitiva para aprender a leerlocentro Julia Farre- disponible en https://www.centrojuliafarre.es/blog/etiquetado-de-alimentos/.
2- El etiquetado de los alimentos- OCU- 28 septiembre 2012- disponible en https://www.ocu.org/alimentacion/alimentos/informe/el-etiquetadonutricionaldelos-alimentos391924.

Capítulo 496

PINCHE DE COCINA Y SU APORTACION A LA DIETA TERAPEÚTICA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

M. CARMEN GÓMEZ PEREZ

ANTONIA HERRAEZ LOPEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO

1 Introducción

Cuando hablamos de dietas hacemos referencia a la forma en la que cada persona se alimenta.
Existen numerosos tipos diferentes de dietas, y las más conocidas y extendidas a día de hoy son la mediterránea y la vegetariana, pero también se dan dietas terapéuticas elaboradas para personas que presentan una determinada patología, como, por ejemplo, para celíacos, o dietas bajas en sodio para personas con hipertensión arterial.
Otro tipo de dieta es la destinada a reducir el peso corporal, que se realiza mediante restricción calórica.

A continuación, vamos a conocer como pinches de cocina que trabajan en un hospital en que consiste una dieta terapéutica. Esta se implanta cuando un paciente padece algún tipo de enfermedad y necesita que se aumenten o disminuyan ciertos componentes que están presentes de una forma habitual en su dieta ya sea debido a que el paciente es intolerante a algún tipo de alimento concreto o para tratar una alimentación inadecuada por falta de nutrientes específicos.
Cada dieta terapéutica debe de ser prescrita por un médico o dietista de tal forma que se ajuste a la patología que presenta el individuo o a la situación clínica específica que está atravesando en esos momentos.
Algunas de las patologías más comunes por las que se modifican la dieta de algunos pacientes son: la celiaquía, intolerancia a la lactosa, alergias a determinados alimentos, el escorbuto (falta de vitamina C), el raquitismo (falta de vitamina D) o la anemia ferropénica (falta de hierro).

2 Objetivos

- Describir las funciones del pinche de cocina en el ámbito sanitario.
- Exponer tipos de dietas terapéuticas, cuál es la finalidad que persiguen y en que consisten

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos más importantes, así como revisión en libros, artículos especializados y material formativo. También se han consultado revistas científicas como Elsevier, la revista española de ciencia sanitaria, diario sanitario, etc.

4 Resultados

Dentro de las dietas terapéuticas, podemos distinguir básicamente tres tipos:
• Dietas con modificación de energía:
En este tipo de dieta se produce un aumento o una disminución en el consumo de kilocalorías totales en el paciente. Se distingue entre el consumo de dietas hipercalóricas, que tienen como objetivo el aporte de mayores cantidades de nutrientes al paciente (por ejemplo, en el caso de trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia), y dietas hipocalóricas, cuyo objetivo es disminuir el consumo de nutrientes en el paciente, como, por ejemplo, en pacientes con obesidad.

En este último caso no se recomiendan dietas restrictivas por debajo de las 1.000 kcal, ya que hay riesgo elevado de déficit en el aporte de nutrientes, con las consiguientes enfermedades asociadas.

• Dieta con modificación de nutrientes:

En este tipo de dietas podemos incluir el caso de la restricción de hidratos de carbono, que se realiza cuando existe algún tipo de problema durante la absorción intestinal o en pacientes que con la patología o enfermedad de la diabetes; en el caso de los lípidos, suele disminuirse el consumo de triglicéridos y colesterol, sobre todo en pacientes que presenten riesgos de enfermedad cardiovascular; la ingesta de proteínas puede ser por defecto (en pacientes con problemas renales y hepáticos), productos proteicos que no lleven gluten (en el caso de celiacos) o por exceso, las llamadas dietas hiperproteicas, utilizadas en pacientes desnutridos o críticos; también pueden ser dietas laxantes, en las que se aumenten el consumo de fibra y líquido, etc.

• Dietas con modificación de la textura:

Este tipo de dietas se realizan para aquellos pacientes que no pueden realizar de forma normal el proceso de masticación y deglución. Hay varios tipos: dieta líquida, dieta semisólida (productos triturados con textura de puré), dieta blanda y de fácil masticación, y se presentan los alimentos poco condimentados y con poco aceite. En la blanda, además, deben haber sufrido algún proceso que permitan al paciente la deglución de los mismos sin realizar demasiados esfuerzos.

Además de los 3 tipos anteriores, podemos incluir en este apartado 2 tipos de dietas que se pueden llevar a cabo también en un hospital:

● La Nutrición enteral:

Está prescrita en pacientes que no pueden llevar a cabo una ingesta alimentaria normal. Puede realizarse a través de una vía, es decir, de sondas que se introducen en el sistema digestivo, o de aportes nutricionales, es decir, soluciones o fórmulas que se introducen por vía oral y suplen la ingesta normal de alimentos. Deben aportar como mínimo 1.000 kcal al día.

Para que se aplique este tipo de nutrición enteral, deben existir tres condiciones básicas: presencia de peristaltismo o movilidad del tubo digestivo, el yeyuno debe tener capacidad mecánica y el intestino tener suficiente capacidad de absorción.

● La Nutrición parenteral:

Consiste en el suministro de todos los nutrientes a través de vía intravenosa. Se prescribe cuando la obtención de nutrientes no puede darse mediante vía enteral. Este método debe aplicarse cuando se sabe que el ayuno en un individuo va a durar más de siete días.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido, como personal que trabaja como pinches de cocina en un complejo hospitalario en el que vamos a tener pacientes que presentan diferentes patologías, en qué consisten las dietas terapéuticas y qué finalidad persiguen, que en todo caso es aportar los nutrientes necesarios de tal forma que la dieta se adapte a las características individuales de cada paciente según su patología, sus intolerancias o sus propias necesidades.
Hemos conocido también en qué consiste la nutrición enteral y parenteral, que son dos tipos más de alimentación que pueden llevarse a cabo dentro de un hospital cuando el paciente no puede ingerir alimentos de una forma norma

6 Bibliografía

1- ¿Qué son las dietas terapéuticas?- dolores capdevila- 08/09/2015- disponible en https://www.deustosalud.com/blog/dietetica-nutricion/quesondietasterapeuticas#::text=Dietas%20con%20funci%C3%B3n%20terap%C3%
A9utica, por%20intolerancia%20de%20alg%C3%BAn%20componente.
2- ¿Qué son las dietas terapéuticas?- 30 octubre 2018- juan luis martin- dietista nutricionista, disponible en https://www.juanluismartin.com/2018/10/30/qu%C3%A9-son-las-dietas-terap%C3%A9uticas/.

Capítulo 497

EL PINCHE DE COCINA EN LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA, PRESENTE Y FUTURO EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

M. CARMEN GÓMEZ PEREZ

ANTONIA HERRAEZ LOPEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO

1 Introducción

La restauración de colectividades, como todos los sectores de nuestra sociedad, se está viendo afectada por continuos avances tecnológicos que no pretenden otro objetivo más que el de facilitar y simplificar las tareas diarias que se desarrollan en los diferentes centros de producción culinaria.

La introducción de las nuevas tecnologías aplicadas a las cocinas hospitalarias está influyendo en un cambio paulatino e irreversible del sistema productivo.

El tradicional sistema de gestión de cocina caliente está dando paso a sistemas productivos culinarios revolucionarios que implican una mayor presencia de herramientas y equipamientos tecnológicos. Los nuevos sistemas de producción culi-

naria son la línea fría refrigerada, línea fría congelada, línea al vacío o la cocina de ensamblaje.
Los efectos de los avances tecnológicos no solo afectan al sistema de producción, sino que también repercuten de modo directo sobre la gestión global de las cocinas hospitalarias, es decir, a la planificación, recepción, almacenamiento, conservación, elaboración, distribución y gestión de residuos.
Para lograr sacar el máximo rendimiento de la aplicación práctica de las nuevas tecnologías en las cocinas hospitalarias va a ser necesario trabajar en la concienciación de los profesionales que trabajan en ellas y, ante todo, impartir una formación acorde a las nuevas herramientas con las que se va a trabajar.
A pesar de que existe una aceptación generalizada de que los avances tecnológicos favorecen funcionalmente el desarrollo de las tareas laborales pueden surgir ciertas reticencias por parte de los profesionales de la cocina a utilizar estos nuevos facilitadores, ya que se trata de una profesión históricamente artesanal.
Los jefes de cada servicio de cocina de los respectivos hospitales serán los responsables de hacer comprender a todos sus colaboradores de las bondades de las nuevas herramientas tecnológicas dentro de la cocina.

2 Objetivos

- Describir las herramientas y tecnologías más novedosas utilizadas en la actualidad en las cocinas de los hospitales.
- Determinar los beneficios de la aplicación de las nuevas tecnologías sobre la gestión global 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

Las nuevas tecnologías relacionadas con la producción culinaria están en constante desarrollo, dando lugar a un proceso de investigación, desarrollo e inno-

vación permanente.
Las cocinas profesionales, como las de un hospital, se han visto inmersas en una renovación de sus sistemas productivos influenciados por el desarrollo de nuevos equipamientos y tecnologías. La implantación de estas nuevas herramientas favorece la calidad y seguridad alimentaria, prolongan los tiempos de caducidad de los alimentos, agilizan los tiempos de las elaboraciones y servicios, reducen costes y mermas y, en definitiva, facilitan el trabajo diario de los profesionales que trabajan en las cocinas.
Actualmente, en una cocina hospitalaria nos podemos encontrar, entre otras, las herramientas y equipamientos de nueva generación que se describen a continuación:
- Gastrovac: se trata de una olla de presión que genera vacío dentro de ella reduciendo la presión atmosférica en un 20%, consiguiendo cocinar a menos de 65ºC. Esto permite conservar todos los nutrientes de los alimentos sin alterar sus características organolépticas. Se puede utilizar tanto para cocer como para freír.
- Máquinas de vacío: se tiende a pensar que las máquinas al vacío son solamente equipos para conservar alimentos pero cada vez con más asiduidad se utilizan para cocinar. A través de la extracción de aire que se produce en el interior de las bolsas cerradas herméticamente, los alimentos se cocinan a temperaturas uniformes durante un tiempo prolongado sumergidos en un líquido, generalmente, agua. La utilización del vacío como técnica culinaria da como resultado elaboraciones suaves y de textura delicada que en casos de pacientes con problemas de deglución podrían ser de especial utilidad.
- Clarificadoras: también conocidas comercialmente como "Clarimax". Es un equipo utilizado para la clarificación de fondos, que en un tiempo muy reducido, ofrece caldos desgrasados, sin impurezas y sin alterar sus propiedades nutricionales. Muy recomendable para dietas líquidas y blandas.
- Roner: esta máquina reúne las características de un baño María y de una vaporera. Asegura una temperatura precisa y una cocción homogénea de los productos. Se utiliza para cocciones a baja temperatura, por debajo del punto de ebullición del agua sin alterar los colores, texturas o vitaminas de los alimentos.
- Pacojet: si bien no es un equipo de última generación y ya lleva ciertos años utilizándose en la restauración tradicional cada vez es más frecuente encontrar este equipo en las cocinas de colectividades dada su versatilidad. En una sola operación tritura y emulsiona alimentos congelados a muy bajas temperaturas sin tener que descongelar, llegando a trabajar incluso a -30ºC. Esto permite agilizar los procesos de elaboración de aquellos alimentos que se han congelado previamente, pudiendo realizar las funciones de una máquina texturizadora (blixer).

- Impresoras de comida en 3D: las impresoras de alimentos son uno de los avances tecnológicos más revolucionarios de la cocina actual. Conociendo la formulación correcta de cada receta se pueden elaborar platos homogéneos, nutricionalmente completos, adaptados a cada paciente y apetecibles. Todo el proceso se desarrolla por medio del sistema SLS (sintetizado selectivo por láser). Se trata de digitalizar una receta y a través de este sistema hacer elaboraciones y menús comestibles. Por ejemplo, un puré de pollo, con la ayuda de la impresora, se puede conseguir la forma de una pechuga y así hacer más apetecible la elaboración.
- Cuberterías y menajes inteligentes: cuchillos, tenedores, sartenes, cazos, pinzas, soutés, etc. que a través de unos sensores muestran tanto a cocineros como pacientes la temperatura exacta de los alimentos que se están cocinando o consumiendo.
- Carros de retermalización inteligentes: uno de los factores críticos de las cocinas hospitalarias es el control de temperaturas de las elaboraciones desde su finalización hasta su entrega a los pacientes. Los carros de reparto inteligentes permiten un control homogéneo de las temperaturas no sólo diferenciando compartimentos frío-calientes sino, los modelos más avanzados, proporcionando una temperatura idónea y exacta para cada elaboración en particular.
- Cocinas de inducción: este tipo de cocinas, a pesar de ser significativamente menos económicas, están dejando en desuso a las tradicionales cocinas de gas. A medio y largo plazo son más rentables porque su calentamiento es más rápido y el control de la temperatura de las elaboraciones es más ajustado. Por tanto, se puede afirmar que energéticamente son más eficientes.

Todas estas herramientas y equipamientos se basan en el desarrollo de tecnologías y softwares informáticos. Un ejemplo es la tecnología TSC (Thermal Stability Control) aplicada a equipamientos de calor capaz de ofrecer una alta precisión sobre el control térmico de los alimentos. Esta tecnología permite producir, elaborar y regenerar grandes cantidades de producciones culinarias teniendo un absoluto control homogéneo sobre cada elaboración, incluso en el transporte desde la cocina hasta el consumidor final. La TSC no solo se caracteriza por su homogeneidad térmica sino también por su eficiencia energética y su consiguiente ahorro económico.

El desarrollo de softwares informáticos ha permitido una mejora en los procesos de gestión de los servicios de cocina ya que a través de los numerosos programas informáticos existentes en el mercado los gestores de las cocinas pueden automatizar de manera global las compras, los pedidos, los costes, los menús, etc. Todo ello, no sólo facilita la gestión de la cocina sino un mejor conocimiento de su funcionamiento que dará lugar a una mejor optimización del servicio.

Existen también, aplicaciones informáticas para móviles (Apps) que de manera inmediata permiten diseñar menús específicos y personalizados para cada paciente, controlar y supervisar que los alimentos emplatados corresponden con los referenciados en las tarjetas de cada paciente que se colocan durante la cinta de emplatado, etc.

A día de hoy, las últimas tendencias en avances tecnológicos en la cocina se centran en el desarrollo de la inteligencia artificial, de tal manera que a través de esta novísima disciplina se conozcan gustos, formas y métodos de trabajo, control de seguridad y calidad alimentaria, etc. para optimizar los procesos de trabajo.

No se puede obviar que la introducción e implantación nuevas tecnologías en una cocina colectiva como la hospitalaria supone un gasto económico muy elevado, pero paradójicamente dicha inversión, a largo plazo, sale rentable.

Los beneficios de utilizar tecnología de vanguardia en las cocinas son múltiples:

- Permite utilizar diferentes técnicas de culinarias simultáneamente. Adaptándose a los diferentes sistemas productivos.
- Facilita y simplifica la elaboración de grandes cantidades y diversificación de menús.
- Optimiza y sincroniza los tiempos de elaboración y distribución.
- Homogeneiza las elaboraciones finales.
- Ahorra energía.
- Controla mejor la gestión de la seguridad y calidad alimentaria.
- Posibilita la limpieza de los equipos siendo éstos más fáciles de limpiar

5 Discusión-Conclusión

La funcionalidad, eficacia y eficiencia productiva, económica y energética son incuestionables tras la implantación, desarrollo y evolución acaecidos los últimos años con los nuevos equipos, maquinarias y herramientas en la gestión de las cocinas de los hospitales.

Las innovaciones tecnológicas, a pesar de su coste económico, se traducen en propuestas presentes en el mercado con total aceptación por parte de los profesionales que demandan aquellos equipos que se ajusten, en cada caso concreto, a la metodología de trabajo de cada establecimiento hospitalario.

No se puede perder la perspectiva de que estas nuevas tecnologías tienen una finalidad centrada en la plena satisfacción de los pacientes del hospital, que no son ni más ni menos los clientes finales para los que se trabaja en una cocina hospitalaria.

6 Bibliografía

1. AA.VV. (1999): Restauración colectiva. Planificación de instalaciones, locales y equipamientos. Barcelona: Editorial Masson.
2. González Turmo, I. (2019): Cocinar era una práctica. Transformación digital y cocina. Gijón: Ediciones Trea.

Capítulo 498

ÁREA DE QUIRÓFANO Y PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN ELLA

MTERESA DONADO LADERAS

YOLANDA MADRID ALARCOS

ESTEBAN TEJADO VELASCO

JUAN CARLOS REQUENA BUENO

VALENTIN LARA ORTIZ

1 Introducción

El quirófano es una de las dependencias más importantes dentro del centro hospitalario, aquí se realizan las intervenciones quirúrgicas y se llevan a cabo muchos procedimientos que requieren de un equipo de profesionales altamente cualificados, entre los cuales se encuentra el celador.

Dentro del quirófano el celador tiene asignadas determinadas tareas, las cuales realiza bajo las indicaciones de sus supervisores, algunas de esas tareas son el traslado de los pacientes, movilización de los pacientes, transporte de documentos e historias clínicas de los pacientes, así como de vigilancia dentro del área quirúrgica.

Durante las intervenciones quirúrgicas, los celadores esperarán en el antequirófano, por si fueran requeridos por el personal sanitario para ayudar en la colocación del paciente durante la intervención, sujetar algún miembro objeto de la

intervención, o si fuera necesario llevar algún tipo de muestra al laboratorio para su análisis.

El celador destinado en el quirófano también tiene asignadas las funciones de vigilancia y de cuidar que nadie que no esté, autorizado a entrar en el área quirúrgica, pase sin la autorización pertinente. Todos los profesionales que entren en el área quirúrgica deberán llevar la indumentaria correcta como el uniforme establecido, junto con las calzas, gorro, bata, gafas y mascarilla.

2 Objetivos

-Conocer las funciones del celador destinado en el quirófano.
-Describir y conocer los procedimientos que se llevan a cabo en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como vimos anteriormente el celador destinado en el área quirúrgica tiene una serie de tareas asignadas dentro de la misma, las cuales podemos destacar:

- Trasladarán a los pacientes desde sus habitaciones hasta el quirófano y viceversa una vez finalizada la intervención, utilizando los medios disponibles y los más adecuados al estado de salud del paciente, como camillas, sillas de ruedas o grúas.
- Portaran consigo todos aquellos documentos que sean requeridos por el personal sanitario del quirófano, como historias clínicas, analíticas o resultados de pruebas previas a la intervención quirúrgica, así como los objetos personales de los pacientes.
- Colaborará con el personal sanitario en la colocación del paciente sobre la mesa quirúrgica y estará siempre disponible por si es requerido para cambiar de posición al paciente por requerimiento del personal sanitario.

- Trasladará a los pacientes fallecidos al mortuorio, llevando consigo toda la documentación del paciente fallecido.
- Deberá tener siempre a punto y organizado todo el material sanitario utilizado en el quirófano, así como llevar un control del material o aparataje que sea necesario reponer.
- Informarán a sus supervisores de cualquier desperfecto o anomalía que detecten dentro del área quirúrgica, así como mantener el máximo nivel de limpieza y asepsia dentro del área quirúrgica.

Es muy importante que tanto el celador como resto del equipo de profesionales destinados en el área quirúrgica respeten las diferentes zonas en la que se divide a esta área, como son:

- La zona negra o sin limitaciones, también llamada ¨zona sucia¨, en la cual se puede entrar con ropa del exterior, en esta zona se encuentran los vestuarios, aseos y zonas de descanso del personal.

- La zona gris o semilimitada, es una zona limitada para la que es necesario la indumentaria correcta, así como la utilización de calzas y gorro.

- La zona blanca o limitada, es la zona estéril o restringida, en la cual solo está permitido el acceso a las personas autorizadas con la indumentaria establecida, junto con gorro, calzas y mascarilla quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el siguiente capítulo el quirófano es el área destinada a la realización de intervenciones quirúrgicas, en esta área el celador debe conocer sus funciones para poder asistir y apoyar al personal sanitario en todas aquellas tareas para las que sea requerido.

El celador destinado en el quirófano deberá tener una actitud servicial y un carácter sereno para poder tratar con los pacientes que tendrá que trasladar hasta el quirófano, así mismo tendrá que tener un alto grado de empatía para entender tanto las necesidades de los pacientes y así darles la mejor de las atenciones y cuidados, al igual que a sus familiares, a los que informará sobre los horarios de visita o atender a sus necesidades.

6 Bibliografía

1. https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano.
2. https://revistamedica.com/funciones-celador-quirofano/.

Capítulo 499

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA

MTERESA DONADO LADERAS

YOLANDA MADRID ALARCOS

ESTEBAN TEJADO VELASCO

JUAN CARLOS REQUENA BUENO

VALENTIN LARA ORTIZ

1 Introducción

La unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), también conocida como (UCI), unidad de Cuidados Intensivos, es un servicio especializado en asistencia, control y vigilancia de pacientes en estado crítico. Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Ingresan pacientes con una patología cuyo nivel de gravedad suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad y que requieren monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, así como una atención especializada las 24 horas del día.

La ubicación de la UCI/UVI debe estar dentro o muy próxima a la zona más técnico-asistencial del centro. Tendrá fácil acceso desde la sección de urgencias, así como contiguo al bloque quirúrgico. En la UCI/UVI existen varias unidades especializadas según las patologías que presentan los pacientes. Dentro de estas

unidades están las áreas de internamiento que reciben el nombre de box o boxes. El control de enfermería está ubicado de tal manera que permita la visualización de todos los pacientes, (está situado en el centro y las camas alrededor con el cabecero hacia la pared). Puede haber varias unidades de cuidados intensivos especializadas en diferentes áreas de la medicina, como son:
-Cirugía cardiovascular.
-Cardiología.
-Trasplantes.
-Politraumatizados.
-Sépticos.
-Neonatos.
-Cirugía general.
-Grandes quemados, etc.

Estas zonas poseen un almacén de farmacia, almacén de aparatos, vestuarios, despachos administrativos y médicos, etc. Dentro del servicio de UCI hay dis¡tintas figuras profesionales, entre ellos, el celador. Todos trabajarán de forma coordinada para dar un tratamiento óptimo al paciente.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones a realizar por el celador en las áreas UCI/UVI y su vigilancia, higiene, traslado de pacientes y de pruebas si fuera necesario, medidas de seguridad y movilidad de pacientes en estas áreas tan fundamentales 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 se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador de UCI, ejerce un refuerzo al personal de la unidad. Los celadores de esta unidad estarán muy bien preparados y formados, ya que estos pacientes

tienen que ser movilizados con mucho cuidado, ya que su estado es muy inestable.

Entre sus funciones principales destacan:

-Realizar, junto a enfermería y auxiliares de enfermería, a las labores de higiene del paciente.
-Ayudar a la movilización de los pacientes.
-Trasladar a los pacientes a otros servicios intrahospitalarios, siempre acompañado del personal de enfermería, llevando consigo toda la documentación clínica del paciente.
-Trasladar equipamiento, material y aparatos por el hospital cuando sea necesario.
-Conocer las medidas de seguridad e higiene en el ámbito hospitalario, en especial en la unidad de UCI.
-Asegurar el aprovisionamiento de balas de oxígeno creando parte a mantenimiento.
-Trasladar las muestras al laboratorio, anatomía patológica, etcétera, cuando sea necesario.
-Conocer los protocolos acerca del material fungible.
-Conocer el protocolo de defunción del hospital. -Llevar y recoger el material a esterilizar.
-Asegurar la entrada de los familiares a las horas de visita y la disponibilidad de batas y calzas.
-Conocer la normativa vigente en materia de seguridad y salud laboral para una correcta manipulación de aparatos, equipamientos y productos.
-Proporcionar cuidados asistenciales con la mayor calidad posible. -Poner en los boxes el material fungible necesario para pacientes en aislamiento.
-Avisar a los familiares de la finalización de la visita.
-Ayudar a la colocación de RX, así como todo lo que le sea encomendado por sus superiores.
-Asegurar el buen estado y funcionamiento de la grúa.
-Establecer al comienzo de cada turno junto al personal de enfermería los objetivos del día, altas programadas, traslados, pruebas complementarias, etcétera.
-Rellenar la hoja de objetos personales de los pacientes y llevarlos a seguridad.
-Recoger las bolsas de hemoderivados al banco de sangre y devolver los usados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el presente capítulo es muy importante que los celadores tengan muy claro las funciones dentro de esta área y conozcan bien la forma de actuar en estas situaciones. Además, deben conocer los distintos tipos de movilizaciones y traslados para darles un buen servicio atendiendo a tan graves patologías.

Debe haber una buena comunicación entre todos los sanitarios de este servicio para ir coordinados y minimizar riesgos. Un buen trato del celador y el resto de personal hacia el paciente y sus familiares, será esencial para la recuperación del paciente. El personal será empático en todo momento, esto hace que familiares y enfermos se sientan apoyados y comprendidos en todo el proceso de la enfermedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 500

LABORATORIO HOSPITALARIO Y FUNCIONES DEL CELADOR

MTERESA DONADO LADERAS

YOLANDA MADRID ALARCOS

ESTEBAN TEJADO VELASCO

JUAN CARLOS REQUENA BUENO

VALENTIN LARA ORTIZ

1 Introducción

El servicio de laboratorio, es un servicio imprescindible a la hora de crear un nuevo centro hospitalario ya que es un punto neurálgico por el cual pasa cualquier muestra para analizar.

Por esta razón, ha crecido mucho y sea expandido tanto que se ha ganado un lugar en el centro de la medicina.

Los laboratorios, suelen investigar en varias metodologías, cómo, por ejemplo: inmunología, microbiología, hematología, etc y muchas otras especialidades.

Por lo cual el celador se encuentra dentro del elenco de los servicios sanitarios y cuyas tareas están descritas en el estatuto preconstitucional del año 1971 y por lo cual es fundamental actualizar y ajustar su régimen hasta el día de hoy.

La actualización se efectúa a través de la ley 55/2003 de 16 de diciembre, el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud formando por las normas básicas del ya nombrado personal. Todo queda descrito y conforme con la constitución española, en su artículo 149.1.18. aprobada la ley 55/2003, de 16 de diciembre, que queda ajustado al personal estatutario las tareas del celador y del jefe de personal subalterno siguen siendo las que reflectan la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14, como así lo ordena la disposición temporal sexta de la ley 55/2003.

2 Objetivos

El principal objetivo que tenemos con este capítulo es el describir las funciones que tiene que cometer un celador en el área de laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las labores de los celadores vienen definidas por el área de trabajo, dependiendo de los servicios hay unas funciones u otras.

En nuestra sanidad pública española podemos diferencias lo siguiente:
-El celador de almacén.
-El celador del ambulatorio.
-Celador de la planta de hospitalización.
-Celador del servicio de urgencias.
-Celador del área de quirófano.
-Celador del área de necropsia.
-Celador jefe subalterno.

A continuación, vamos a explicar las diferentes labores que el celador de laboratorio debe efectuar durante su día a día.

-Los celadores entrarán a las 8 de la mañana ya con el busca del servicio cogido, y comenzarán recogiendo las muestras de los servicios de quirófano y de endoscopias.

-Bajarán las muestras al servicio de anatomía patológica.

-Acompañarán a los enfermos de las consultas de hematología al hospital de día. casi siempre el enfermo lleva tratamiento pautado a casa.

-Estos tratamientos se recogen en la farmacia del hospital, a los medicamentos de cada enfermo se les añadirá una pegatina identificativa y lo trasladarán al hospital de día.

-Una vez allí las enfermeras o los técnicos auxiliares de enfermería guardarán los medicamentos en la nevera hasta que el paciente se los pida para llevárselos a su casa.

-Trasladarán al almacén general del hospital los pedidos y entregarán el material por los distintos apartamentos del laboratorio.

Las llamadas sobre las biopsias intre-operatorias del quirófano tiene más preferencia sobre las demás cosas.

-Bajarán a la farmacia del hospital, cuando sea necesario o cuando las enfermeras lo necesiten y recogerán la medicación que les hayan pedido, esa medicación será entregada en la mano de la enfermera.

-Trasladarán los pedidos de farmacia al servicio de banco de sangre.

-Trasladarán los partes que sean necesario al servicio de mantenimiento, para que sea arreglado los desperfectos.

-Realizarán copias del pedido dirigido a suministros, ya que una copia se ha de entregar a la supervisora y la otra se la queda el personal de suministros.

-Retirarán las muestras de neumología y otorrinolaringología, cuando les llamen al busca a los celadores.

-Recogerán los distintos informes de las biopsias en las diferentes secretarias de anatomía patológica y además las clasificarán según las secretarias de los servicios hospitalarios.

Si por el casual encontrásemos algún informe del servicio de urgencias, este será

enviado por el tubo hasta el servicio de urgencias. Los celadores también deberán recoger el material utilizado para llevarlo a esterilizar.

-Recogerán el material comenzando siempre por el servicio de urgencias y después de este seguirán por las distintas plantas a excepción de partos y el servicio de psiquiatría.

El material que no haya sido esterilizado se quedará en el servicio de esterilización.

Efectuarán la recogida de las muestras del servicio de endoscopias para trasladarlas posteriormente al servicio de anatomía patológica.

-Se encargarán de repartir también el correo por las diferentes áreas del laboratorio.

-Recogerán las muestras extraídas a lo largo de la mañana del servicio de quirófano para entregarlo en el área de anatomía patológica y ya se ocuparán de recoger el material del servicio de endoscopias.

-Transportarán las facturas y los documentos a la secretaria de dirección.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en este capítulo los celadores son una parte bastante fundamental en el manejo de los diferentes servicios hospitalarios.

Es por eso que deben estar perfectamente formados para cumplir las tareas que le sean encomendadas en cada servicio diferente, así cumplirán el trabajo satisfactoriamente que sus superiores les hayan encomendado. Las tareas de los celadores pueden ser distintas en cuanto a su contenido, y siempre dependiendo del servicio en el que estén realizando el trabajo. Pero serán imprescindibles en cada una de ellas, ya que sus funciones son las necesarias para que el centro hospitalario funcione correctamente, y para que el equipo de personal sanitario esté bien estructurado hablando laboralmente.

6 Bibliografía

María, R., Doménech, M., & Candelario, J. V. (s/f). MÓDULO MATERIA CURSO SEMESTRE CRÉDITOS TIPO Nombre del módulo Historia

de las Ciencias de la Salud 2o 6 Optativa PROFESOR(ES) DIRECCIÓN COMPLETA DE CONTACTO PARA TUTORÍAS (Dirección postal, teléfono, correo electrónico, etc.). Ugr.es. Recuperado el 26 de mayo de 2022, de http://cienciasdelasalud.ugr.es/pages/guias-docentes/grado-en-terapia-ocupacional/2012-2013/tercero/guiadocentehistoriadelascienciasdelasalud_201213/!/download Valencia, G., & Luis, P. (2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 25(2), 13–20. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200003 Historia de las Ciencias de la Salud – Programa de Posgrado. (s/f). Unam.mx. Recuperado el 26 de mayo de 2022, de https://www.pmdcmos.unam.mx/ciencias-sociomedicas/historia-de-las-ciencias-de-la-salud/

Capítulo 501

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TELEFONISTA DEL ÁMBITO SANITARIO

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ENCARNA MORENO SANCHEZ

1 Introducción

Se conoce como síndrome de burnout, o síndrome del quemado, en el caso de la institución sanitaria, cuando un trabajador llega a una situación de estrés en su puesto laboral, tanto psíquico como físico, viéndose incapaz de realizar las tareas cotidianas que antes realizaba, con sensaciones de baja autoestima, agotamiento, nerviosismo, dolor de cabeza, taquicardia, insomnio, bajo rendimiento, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, poca comunicación con los compañeros y en casos extremos, comportamientos agresivos con pacientes u otros trabajadores.

Según la OMS, este síndrome otorga una serie de características inconfudibles:

1/ El trabajador notará que está cansado siempre, y tiene un agotamiento tanto físico como emocional, que le impide ver otras cosas positivas que tiene en su

vida.

2/ Muestra sentimientos negativos relacionados con el trabajo, no le apetece ir, no le motiva nada, supone un esfuerzo el levantarse por la mañana para ir a trabajar….

3/ Existe una pérdida en la eficacia profesional.

El telefonista puede sufrir estrés en este sentido, cuando observa que falta personal y no se contrata, le superan las tareas que tiene que hacer porque no le da tiempo a más, se quedan pendientes cosas de días anteriores, los equipos informáticos son obsoletos y le hacen perder mas tiempo.

2 Objetivos

- Definir el concepto síndrome bournot y los principales desencadenantes en el telefonista.

- Identificar la gravedad de este síndrome, así como los planes de actuación para prevenirlos en el ámbito sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Síndrome de Burnout se incluye así entre los principales problemas de salud mental y puede suponer una puerta abierta para que aparezcan otras patologías asociadas, además la Organización Mundial de la Salud ya la entiende como una enfermedad profesional que provoca desgaste ocupacional y estrés crónico en el trabajo, pudiéndose dar solo en el circulo profesional. Tiene su base en dos vertientes bien diferenciadas:

1/Características del propio puesto de trabajo: que sea muy repetitivo o aburrido, o por el contrario que haya demasiada tensión, por las normas impuestas que

sean demasiado estrictas, o no se permitan hacer descansos…

2/ Por la propia personalidad del trabajador: debido a que sea demasiado exigente consigo mismo, o con los compañeros, que sea perfeccionistas y cualquier error ya supone un fracaso.

El telefonista atiende infinidad de llamadas tanto de origen externo, como interno, muchas veces también presencialmente si algún paciente se acerca con alguna duda, y como sabemos en el ámbito sanitario existe mucha carga laboral, pacientes con dolor , enfadados o frustrados que a veces descargan su ira con las personas que tienen el primer contacto, las cuales suelen ser las telefonistas, situaciones que hay que resolver en el mismo momento a través de llamadas que atienden o pasándolas a los profesionales capacitados para ello, factores en definitiva, estresantes y que pueden perjudicar la salud del propio trabajador y del ambiente laboral.

Este síntoma ofrece unas secuelas agrupadas en 4 bloques fundamentales:

- Ambiente laboral: se observará una disminución en la calidad del servicio que ofrece, malas contestaciones a compañeros, aparición de situaciones hostiles…

- Secuelas Emocionales: se observará en el trabajador incapacidad para concentrarse, aburrimiento y apatía, distanciamiento con los compañeros, impaciencia e irritabilidad, sentimientos depresivos.

- Secuelas Psicosomáticas: empezarán los síntomas como el dolor de cabeza, estómago y otros desórdenes gastrointestinales, fatiga crónica, problemas para dormir, perdida o aumento significativo del peso…

- Secuelas Conductuales: aumento de conductas violentas, falta de asistencia a su puesto de trabajo, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para disfrutar de la vida o relajarse….

Ante esto, el telefonista deberá de tomar medidas, al igual que la organización sanitaria donde trabaje, para así poder facilitarle su día a día, y que comience su recuperación antes de que llegue a considerarse una enfermedad irreversible, para ello se pueden identificar las siguientes pautas:

- Comenzar la jornada laboral con actitud asertiva, con una respiración profunda, valorando nuestro esfuerzo por llevar la jornada lo mejor posible.

- Hacer pausas cada un cierto tiempo, de 10-15 minutos para oxigenar la mente.

- Hacer actividades fuera de la jornada laboral que permitan conectar con la naturaleza, aprender a relajarse mediante meditación, ejercicio físico.

- Llevar una buena alimentación, tener una actitud positiva.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente el síndrome de Burnout es una de las causas de la desmotivación de los telefonistas, y es que hay que detectar los primeros indicios que se observan, para atajar este problema lo antes posibles, ya que como hemos visto, implica una serie de secuelas al trabajador de tipo emocional, psicosomática, conductual, cambiando por completo su vida y repercutiendo todo ello también en el ambiente laboral, perjudicando las relaciones entre compañeros.

Al tratarse de un problema psicosocial grave causado por un manejo inadecuado del estrés crónico en el lugar de trabajo, se observa que el telefonista se sentirá con una baja satisfacción personal, agotamiento físico y emocional, despersonalización, desmoralización… por eso la institución sanitaria tiene que velar para que se establezcan unas estrategias que puedan anular el foco del estrés, formar equipos de trabajo para que las tareas puedan salir adelante entre todos sin que haya cargas excesivas en unos pocos, y eliminar o disminuir en la medida de lo posible los factores que favorecen la situación de estrés.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: telefonista síndrome bournot, síndrome del quemado en el ámbito sanitario.

2. Artículo “Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo”. Revista Elsevier

3. https://blog.grupopya.com/atajarsindromeburnoutnivelindividualorganizativo
4. Síndrome de BURNOUT: Qué es, Causas, Síntomas, Tratamiento y Consecuencias (psicologia-online.com)

Capítulo 502

EL TELEFONISTA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS BUSCAPERSONAS

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

ENCARNA MORENO SANCHEZ

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Definimos el concepto de buscapersonas, o también conocido como mensáfono, al elemento de telecomunicaciones inalámbricas que ofrece la posibilidad de recibir mensajes de texto y/o mensajes de voz. Este elemento no es que sea nuevo, sino que empezaron a utilizarse sobre los años ‘70 principalmente en el ámbito sanitario, cuando ocurría alguna emergencia, como forma de localizar a la persona que lo portaba en cualquier lugar que tuviera cobertura de radio.

Su sistema ha ido evolucionando a lo largo de los años, en un principio constaba de un sistema de misión de tonos específicos en función del receptor al que se dirigían, lo que después dio paso a su digitalización del servicio y la introducción en los receptores de pantallas alfanuméricas que podían reproducir textos cortos.

A partir del nuevo milenio, la existencia y accesibilidad de los teléfonos móviles inteligentes, ha provocado que la industria relacionada con estos elementos buscapersonas, se haya visto reducido de forma considerable, aunque este sistema se utilice todavía en el ámbito sanitario y en las organizaciones de seguridad pública, por la fiabilidad que ofrece por encima de las redes móviles terrestres. El servicio de buscapersonas es una forma de comunicación sencilla, rápida, eficaz y económica.

El telefonista del sistema sanitario es la persona de primer contacto que tiene la persona que hay tras el teléfono, se encarga de atender las llamadas telefónicas que recibe del exterior, pero también las internas procedentes de otros compañeros o servicios, siendo otra de las funciones atender el busca si lo porta, o de pasar llamadas o mensajes al busca de otros compañeros para cualquier necesidad. La mayoría son por tono ,voz ,numéricos y alfanuméricos.

2 Objetivos

- Definir el concepto de sistema de buscapersonas y sus principales caracteristicas.

- Explicar la función del telefonista ante este sistema y la importancia en el ámbito sanitario

3 Metodología

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

4 Resultados

En muchos hospitales se utilizan buscapersonas o mensáfonos, la cual supone una herramienta de mensajería unidireccional sin cifrar para llamar la atención de que deben de hablar con sus servicio correspondiente porque algo necesitan de esa persona, o que debe personarse inmediatamente, y es que el portar ese

elemento, supone que el destinatario de ese mensaje esté obligado a responder mediante una devolución de llamada o respondiendo con un mensaje.

La falta de problemas de red es una gran ventaja de los buscapersonas sobre los teléfonos inteligentes, ya que se envían mensajes individuales o a un grupo desde cualquier red inalámbrica o alámbrica hacia una o varias terminales. Los más avanzados pueden incluso recibir mensajes de texto cortos y también enviarlos a otros buscapersonas o incluso a teléfonos celulares. Sin embargo, desde la llegada de los teléfonos inteligentes, estos buscapersonas son menos numerosos que en el pasado. Las señales enviadas pueden ser:

1/acústicas, a través de pitidos o por voz.

2/ luminosas.

3/ escritas.

4/ vibratorias.

A continuación explicamos los distintos tipos que existen:

1/ Voz: permiten escuchar un mensaje de voz grabado.

2/ Bidireccionales: Pueden recibir, responder, crear y reenviar mensajes, y algunos modelos permiten enviar y recibir mails.

3/ Unidireccionales: Sólo pueden recibir mensajes.

4/ Beepers: Son los más simples y menos costosos, cuando reciben una alerta únicamente ofrece un pitido, vibración o luz.

5/ Numéricos: tienen una pantalla LCD numérica capaz de mostrar el número de teléfono que llama u otra información numérica de hasta 10 dígitos.

6/ Alfanuméricos: Tienen una pantalla LCD más sofisticada capaz de mostrar texto e iconos, pudiendo recibir mensajes de texto o mails.

Los principales objetivos de los sistemas buscapersonas son los siguientes:

- Localizar rápidamente a la persona que se busca.

- Encontrar a personal cualificado que en ese momento se necesita de forma eficaz.

- Seguridad para localizar a personas ante turnos de guardias de 24 horas.

En la centralita del hospital se usan estos elementos para localizar a trabajadores sanitarios y no sanitarios, tanto si permanecen en las propias instalaciones, como si están fuera, siendo un ejemplo de este último, el caso de localizar a médicos de guardia, para buscar a los directivos, a personal sanitario para enlaces con otros centros hospitalarios, de ahí que el telefonista deba de manejarlo a diario, para que exista una comunicación más rápida y fluida para el mejor desarrollo de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Dada la importancia de una comunicación en el ámbito sanitario, rápida y eficaz, hace que el sistema de buscapersonas a dia de hoy se siga utilizando, ya que ofrece una respuesta inminente por parte de la persona que lo porta, contestando con una llamada o con su presencia de manera rápida cuando surge la necesidad de encontrar a algún facultativo que está de guardia, o a cualquier trabajador que necesita resolver alguna urgencia que se plantea.

El telefonista maneja estos sistemas, para localizar a cualquier trabajador que se encuentre dentro o fuera del hospital, emitiendo: un sonido, una vibración, una luz o un mensaje.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: telefonista, buscapersonas. 2. Mensáfono (buscapersonas) | Guías Prácticas (guiaspracticas.com) 3. ¿Cómo funciona un buscapersonas, especialmente en la comunicación ‘en hospitales’? Educación te da un futuro mejor – SacoLife.com

Capítulo 503

LOS SISTEMAS DE TRANSMISIÓN DE VOZ Y DATOS Y SU UTILIZACIÓN POR PARTE DEL TELEFONISTA

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

ENCARNA MORENO SANCHEZ

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Las redes de telecomunicaciones son equipos de transmisión que pueden transmitir información, ya sea de: audio, video u otros datos, mediante señales electromagnéticas u ópticas entre diferentes puntos, ya sea de manera analógica o digital, contando con una infraestructura en sus redes de forma cableada o inalámbrica. Las redes de voz permiten obtener sonidos audibles como la voz o la música, pero resultan inadecuadas cuando se tiene que transmitir datos electrónicos a mas velocidad, para ello necesitamos redes especiales que se adapten a la capacidad de las redes de voz.

Hoy en dia, los operadores de telefonía desempeñan una labor crucial en el ámbito de las comunicaciones, de manera que los operadores tramitan las llamadas

entrantes y salientes transfiriéndolas a la persona o departamento correcto, ésta es la función del telefonista en el ámbito sanitario, el cual trabaja en una centralita a través de un teléfono y un equipo informatico para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y usuarios, por lo cual necesita tener a su alcance unos equipos actualizados y eficientes que permitan resolver de manera rápida y eficaz las necesidades que surjan.

Haremos una distinción entre distintos conceptos:

1/Comunicación: transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

2/ Transmisión: hacer llegar mensajes o datos a través de un canal de comunicación.

3/ Telecomunicación: abarca todas las formas de comunicación a distancia: televisión, radio, telegrafía, telefonía, transmisión de datos e interconexión de ordenadores.

4/ Radiocomunicación: es un sistema de telecomunicación obtenido gracias a las ondas de radio, es una tecnología que permite realizar comunicaciones entre usuarios en movimiento, siendo uno de los primeros en utilizarlos, el servicio de policía en sus por radio desde vehículos oficiales.

2 Objetivos

- Definir los conceptos de transmisión de datos y voz, y todas sus particularidades y usos.

- Identificar la importancia del telefonista en el manejo de estos sistemas en su jornada laboral

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

En el ámbito de la telecomunicación se llama sistema de transmisión a la conexión entre dos o más puntos por medio de dispositivos telegráficos, eléctricos, electrónicos o radioeléctricos, los cuales se pueden clasificar en :

1/ En función del soporte que utilizan:

- alámbrico: o también llamada, comunicación por cable, utilizan un medio físico para realizar la conexión como son: el cable de cobre, el cable coaxial, la línea bifilar, la fibra óptica, etc, y la información se transmite mediante impulsos eléctricos, por ejemplo el teléfono fijo.

- inalámbrico: emplean como soporte de comunicación el propio espacio, concretamente la atmósfera terrestre, de manera que la información se envia y recibe a través de ondas electromagnéticas, lo cual tiene la ventaja de que permite la movilidad entre los usuarios del mismo, por ejemplo, el teléfono móvil. l

2/ El tipo de configuración de las transmisiones:

- punto a punto: es la que se realiza entre dos usuarios, por ejemplo, una conversación telefónica.

- multipunto: llevada a cabo entre un emisor y varios receptores que pertenecen a un grupo cerrado de personas, por ejemplo: las emisoras de la policía.

- difusión: realizada entre un emisor y múltiples receptores, sin que exista restricción alguna de acceso a la información, por ejemplo: la radio comercial.

3/ Según la dirección en que se transmiten los datos entre emisor y receptor:

- simplex: viable en un único sentido, por ejemplo: la televisión

- dúplex: Permite la transmisión de información en los dos sentidos de manera simultánea, por ejemplo: las llamadas telefónicas

- semidúplex: se realiza la transmisión de información en los dos sentidos pero no de manera simultánea, un ejemplo: los walkie-talkies

4/ Según el formato de la señal en que emiten:

- analógica: la señal se distorsiona cada vez más al emplearse amplificadores en cascada, pero los datos siguen siendo inteligibles. Los voltajes de la voz y del

vídeo son señales analógicas que varían de acuerdo con el sonido o variaciones de la luz, un ejemplo: la televisión analógica

- digital: Las señales digitales, en contraste con las señales analógicas, no varían en forma continua, sino que cambian en pasos o en incrementos discretos, basándose en códigos binarios o de dos estados, por ejemplo , la televisión digital terrestre (TDT).

La calidad de la transmisión está influida tanto por el tipo de señal, como por las peculiaridades del medio como son: el ancho de banda, las dificultades en la transmisión, la existencia de interferencias, o el elevado número de receptores. Es importante identificar las características de los datos para que exista una certeza de que se transmiten de forma segura y que los datos recibidos sean inteligibles, para eso hay que considerar si se trata de datos:

1/ de voz: es un dato analógico, un valor de intensidad que varía continuamente, que se puede representar directamente mediante una señal electromagnética que ocupe el mismo espectro.

2/ de texto: es un dato digital.

5 Discusión-Conclusión

Hemos observado la relevancia de los sistemas de transmisión de voz y datos en nuestros días, donde cada vez se es necesario transmitir la información de forma más rápida y más efectiva, de manera que las relaciones interpersonales y laborales sean más eficaces y resolutivas. Es aquí donde la labor del telefonista y la utilización de los sistemas de voz y datos, juega un papel decisivo para que su labor sea desempeñada de forma favorable para los usuarios que demandan una atención sanitaria, y para los profesionales que necesitan contactar con otros facultativos o compañeros de forma rápida.

Ya la Constitución en su artículo 18.4 expone que: “ la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”, lo cual se deriva en que estos sistemas deben de respetar los códigos éticos y morales, así como la confidencialidad de los usuarios.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: telefonista, sistemas de voz, sistemas de datos, articulo 18 de la constitución. 2. Canales de transmisión de datos (monografias.com) 3. TEMA-1-TRANSMISION-DE-COMUNICACIONES.pdf (academiasanitaria.net)

Capítulo 504

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. RECOGIDA DE AVISOS DOMICILIARIOS Y AVISOS 112 (SUAP)

ISAMEL JESUS RUEDAS GIL

MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL

MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS

1 Introducción

Los centros de salud disponen de servicio de urgencias en horario que se encuentren cerradas las consultas ordinarias de médicos de familia o médicos especialistas. Estos servicios son conocidos como Servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) o Puntos de atención continuada (PAC), desarrollando sus funciones asistenciales en centros de salud o en centros de especialidades.
Por norma general, las urgencias de atención primaria funcionan las 24h del día durante los fines de semana y festivos y en horario de 15h a 8h durante el resto de días. Durante el horario de consultas habrá un equipo médico y un equipo de enfermería de guardia por si existe alguna urgencia o emergencia y necesitan su presencia inmediata
La asistencia continuada de las urgencias de atención primaria será llevada a cabo por los equipos de atención primaria del centro en sistema de guardias y con

turnos rotatorios. Su actuación se encontrará en todo momento en coordinación con otros centros de salud, con los centros hospitalarios de referencia y con el servicio de emergencias del 112.
El equipo profesional del servicio de urgencias estará compuesto por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y celador. Habrá centros sanitarios conocidos como centros de especialidades que cuenten con servicio de radiología y con servicio de laboratorio de urgencias.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores en los puntos de atención continuada.
- Exponer el equipo asistencial que conforma el servicio de urgencias de atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La asistencia sanitaria de los puntos de atención continuada o del servicio de urgencias de atención primaria comprende la asistencia en el centro sanitaria como la asistencia domiciliaria.
El celador adscrito al servicio de urgencias de atención primaria se encargará de recoger los datos de los pacientes que asistan al centro y de los avisos domiciliarios a través del teléfono.
• Cuando el paciente se persona en el servicio de urgencias, el celador le solicita la tarjeta sanitaria para registrar su llegada al centro y le hace un pequeño triaje para conocer sus dolencias y comunicarlas al equipo médico o al equipo de enfermería si el paciente acude para recibir curas.
• Cuando el paciente solicita la asistencia domiciliaria a través del teléfono, el celador tomará una serie de datos obligatorios y de vital importancia para pasar

el aviso al equipo médico y al equipo de enfermería. El celador solicitará los siguientes datos:
◦ Nombre y apellidos.
◦ Edad del paciente.
◦ Sexo del paciente.
◦ Dirección completa del domicilio.
◦ Dolencias del paciente o asistencia requerida (médica o de enfermería.
◦ Teléfono de contacto.
• Cuando los pacientes contactan directamente con el servicio de emergencias del 112, éste se pone en contacto con el servicio de urgencias de atención primaria para dar un aviso al equipo médico y el celador será el encargado de coger todos los datos que le comuniquen los médicos del 112. Estos datos serán:
◦ Nombre y apellidos.
◦ Edad del paciente.
◦ Sexo del paciente.
◦ Dirección completa del domicilio.
◦ Dolencias del paciente o asistencia requerida (médica o de enfermería.
◦ Teléfono de contacto.
◦ Soportes que han acudido al lugar (Soporte básico, soporte de uvi móvil o helicóptero sanitario).

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado "Actuación de los celadores en los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP). Recogida de avisos domiciliarios y avisos del 112" nos demuestra que el celador es un miembro más del equipo asistencial que desarrolla sus funciones asistenciales en los puntos de atención continuada (PAC) o en los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).
Como se ha podido comprobar con la lectura de este capitulo científico, el celador es el encargado de recoger los datos de los pacientes que asisten al servicio de urgencias y de los avisos telefónicos. Por ello es de vital importancia de que esta recogida de datos sea completa y meticulosa, ya que es necesario para que el equipo médico y de enfermería se persone en el lugar requerido en el menor tiempo posible.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- 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.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

Capítulo 505

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA. FUNCIONES DEL CELADOR EN LA ENTRADA DE URGENCIAS

ISAMEL JESUS RUEDAS GIL

MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL

MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS

1 Introducción

Los centros sanitarios de atención especializada (centros hospitalarios), cuentan dentro de su cartera de servicios con la unidad de urgencias. Esta unidad se encargá de abarcar todas las urgencias que lleguen al centro sanitario durante las 24h del día y durante los 365 días del año.
A diferencia con el servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), los profesionales médicos y de enfermería no se desplazan al lugar donde se encuentre el paciente, sino que es el paciente el que acude a dichas urgencias. El paciente puede asistir a las urgencias hospitalarias de tres maneras diferentes:
• Por su propia decisión.
• Por petición de su médico de familia o por petición de un médico especialista.
• O trasladado en ambulancia, ya sea a través de un soporte básico o a través de un soporte de uvi móvil.

Como se ha mencionado anteriormente, este servicio presta asistencia durante 24h por lo que el equipo profesional tendrá turnos rotatorios que permitan llevar a cabo una atención continuada. Los turnos podrán ser de 7 horas mañana o tarde, 10 h de noche o 12 horas.
El equipo profesional del servicio de urgencias estará compuesto por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, administrativos y celadores.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores del servicio de urgencias de los centros hospitalarios que se encuentren en la entrada.
- Conocer el equipo asistencial que conforma el servicio de urgencias de atención especializada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes a su llegada al servicio de urgencias de atención especializada se encontrará con el celador de puerta, este será el encargado de recibir al paciente y llevarlo o al servicio de admisión para que el paciente o los familiares den sus datos, o directamente al servicio de triaje para que sea triado y llevado a una sección u otra de la unidad (box, sala de observación, sala de tratamiento, sala de traumatología, sala de cirugía, sala de espera…)
Por ello, es de vital importancia que el celador que se encuentre en la entrada de urgencias trabaje con empatía, educación y respeto hacia el paciente, ya que estos y sus familiares se encuentran en un estado de nerviosismo continuo.
Las funciones que desarrollaran los celadores de puerta o de entrada en el servicio de urgencias serán las siguientes:
• Recibir al paciente, si viene por su propio pie o si viene en el servicio de ambulancias.

• Proporcionar sillas de ruedas a aquellos pacientes que lo requieran por sus dolencias o estado.
• Trasladar al paciente al servicio de admisión o directamente a la sala de triaje si viene en ambulancia.
• Encargarse de disponer en todo momento de sillas de ruedas o camillas para los pacientes que ingresen en el servicio.
• Informar y orientar a los pacientes de las unidades que se encuentran dentro del servicio de urgencias para que éstos acudan a ellas.
• Permitir unicamente el acceso a pacientes y un acompañante, siempre que el servicio de urgencias permita la entrada de acompañantes.
• Controlar que los familiares o acompañantes no deambulen por los pasillos.
• Trasladar a pacientes a las distintas secciones de la unidad (sala de medicación, de traumatología, de cirugía, de observación, box…).
• Revisar que las balas de oxigeno se encuentren llenas y reponer las que sean necesarias para el servicio.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado "Actuación de los celadores en los servicios de urgencias de atención especializada. Funciones del celador en la entrada de urgencias" nos demuestra que el papel del celador que desarrolla su actividad laboral en la entrada del servicio de urgencias es de vital importancia, ya que es la primera persona con la que se encuentra el paciente al llegar a la unidad. Por ello, es necesario que muestre empatía, amabilidad y humanidad.
Como se ha podido comprobar con la lectura de este capitulo científico, el celador encargado de la puerta de entrada tiene multitud de funciones relacionadas todas ellas con los primeros momentos del paciente a su llegada al servicio de urgencias. Siendo los demás celadores del servicio los que se encarguen del paciente durante el resto de su estancia en la unidad.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 506

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. POSICIONES ANATÓMICAS BÁSICAS

ISAMEL JESUS RUEDAS GIL

MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL

MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS

1 Introducción

Las funciones desarrollas por los celadores en los distintos centros sanitarios son muy variadas, ya que van desde trasladar documentos a asistir a los equipos médicos y equipos de enfermería o ayudar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación de cuñas o en el aseo de pacientes. Todas estas funciones las podemos encontrar en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Sin embargo, los celadores desarrollan dos funciones principales durante su jornada laboral, estas funciones son: el traslado de paciente y la movilización de los mismos. La movilización de los pacientes será llevada a cabo bajo la supervisión del equipo médico o del equipo de enfermería en aquellas unidades especializadas

donde se encuentran los pacientes más delicados, como es la unidad de cuidados intensivos de los centros hospitalarios. Esta supervisión se debe en gran medida a que este tipo de pacientes en su mayoría están conectados a respiradores artificiales y tienen conectados multitud de sondas, medicaciones y cables de monitorización.
Durante el desarrollo de este capítulo científico se especificarán las posiciones básicas en las que son movilizados los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores que desarrollan su actividad en la unidad de cuidados intensivos de los centros hospitalarios.
- Conocer las posiciones anatómicas básicas utilizadas en las unidades de cuidados intensivos durante la movilización de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores adscritos a la unidad de cuidados intensivos debe poseer una serie de conocimientos sobre las posiciones anatómicas básicas utilizadas en las unidades de cuidados intensivos y dominar la actuación realizada durante cada movilización, ya que es de vital importancia que se realicen el menor número de movilizaciones al paciente, ya que por normal general son pacientes con graves dolencias y se encuentran en un estado de salud muy delicado.
Son conocidas como posiciones anatómicas básicas, aquellas posiciones en las que son movilizados y colocados los pacientes en las camas, camillas o mesa de quirófano.
Existe otra clasificación de posiciones conocidas como posiciones quirúrgicas, las cuales son utilizadas en las mesas quirúrgicas durante las intervenciones de

cirugía en las salas de operaciones. Estas posiciones son muy variadas dependiendo de la intervención que se le va a realizar al paciente.
En la unidad de cuidados intensivos son utilizadas cuatro posiciones, concretamente las posiciones anatómicas básicas, también conocidas como posiciones de decúbito.
- Posición de decúbito supino. También conocida como dorsal.
El paciente se encuentra tumbado boca arriba con piernas y brazos estirados. El paciente se encuentra en un plano paralelo al suelo.
Esta posición es empleada durante la exploración del paciente, durante la realización del aseo diario, y especialmente como punto de partida para iniciar cualquier tipo de movilización.
Esta posición es la más utilizada, por lo que se recomienda la actividad de cambios posturales cada 2 o 3 horas.
- Posición de decúbito prono. También conocida como ventral.
El paciente se encuentra tumbado boca abajo. Puede encontrarse con piernas y brazos estirados a lo largo del cuerpo, o un brazo pegado al cuerpo y el otro pegado a la cabeza. El paciente se encuentra en un plano paralelo al suelo, mientras que la cabeza se encuentra ladeada.
Esta posición es empleada durante la exploración de espalda del paciente y durante la realización de cambios posturales. En la unidad de cuidados intensivos es utilizada en aquellos pacientes que tienen problemas para respirar incluso cuando tienen respiración asistencial.
- Posición de decúbito lateral derecho o izquierdo.
El paciente se encuentra tumbado de lado con piernas y brazos estirados a lo largo de su cuerpo. El brazo inferior debe ser separado ligeramente del cuerpo para que no sea aprisionado por el cuerpo del propio paciente. El paciente se encuentra en un plano paralelo al suelo.
Esta posición es empleada durante la realización de cambios posturales, aseo del paciente, la administración de enemas renales (lateral izquierdo) y para aquellos pacientes que se quieran prevenir aspiraciones broncopulmonares en pacientes con nauseas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado “Actuación de los celadores en la unidad de cuidados intensivos durante la movilización de pacientes. Posiciones anatómicas básicas” nos demuestra la importancia de que el celador posea unos conocimientos plenos sobre las posiciones

anatómicas básicas y saber llevar a cabo una correcta movilización de pacientes, ya que en la unidad de cuidados intensivos se encuentran pacientes muy delicados con graves dolencias.
Como se ha podido comprobar con la lectura de este capitulo científico, en la unidad de cuidados intensivos se llevarán a cabo cuatro tipo de posiciones anatómicas, siendo común los cambios posturales cada 2 3horas al tratarse de pacientes que no pueden movilizarse por si mismos.

6 Bibliografía

GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- GARRIDO, J.M. El celador en quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- JUNTA DE ANDALUCÍA. Prevención de riesgos laborales. 1º Edición. Andalucía. Iniciativa comunitaria ADAPT Módulo V.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 507

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

PAZ DÍAZ GONZÁLEZ

ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA

1 Introducción

La ley General de Sanidad 14/1986, de 14 de junio, en su art. 63, hace referencia a las zonas básicas de Salud, que son el marco territorial de la Atención Primaria de la Salud. En las cuales los centros de salud, consultorios, desarrollan actividades Sanitarias. Siendo el primer nivel asistencial al que acuden los ciudadanos para acceder a la atención sanitaria.

En la Atención Primaria se recibe atención sanitaria a demanda "de manera presencial", programada "planificadas por los médicos", urgente "por no admitir demora" y en el domicilio "en los que el equipo médico, formado por médicos y enfermeros se desplazan al domicilio del paciente".

Los Centros de Salud están formados por un equipo de profesionales: Médico de Familia, Enfermeros, Pediatras, Matronas, Odontólogo, Trabajadora Social, estos están bajo la responsabilidad del Coordinador Médico.
Los Auxiliares Administrativos realizan diferentes funciones como son:
La ordenación de expedientes y archivos
La atención al público, tanto presencial como telefónico

La gestión de las citas
La Digitalización de datos informáticos
Dentro del sistema sanitario, las funciones de los profesionales administrativos en el ámbito de la salud son más que necesarias e importantes, puesto que se encargan de tareas de diversa cualidad como son: la gestión de citas de los usuarios, las tareas asistenciales, recepción de llamadas, atención al público, etc.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es informar y dar a conocer las diferentes funciones que realizan los auxiliares administrativos en el servicio de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para el estudio de este capítulo hemos consultado leyes relacionadas con la sanidad, como son el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, que habla de las Estructuras Básicas de Salud, en ella se refieren a la atención primaria, que está dividida en zonas básicas de salud, que están integrados por los Centros de Salud y Consultorios locales.
Los centros de salud están formados por un equipo de profesionales, los cuales trabajan en equipo.
Se realiza un trabajo comunitario, cuya función principal es la atención sanitaria de los ciudadanos que viven en la zona.
Las obligaciones de los administrativos pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga, el orden, la correcta gestión y el aumento de cometidos a los que hace frente hacen que su imagen sea imprescindible. El perfecto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende igualmente de los Auxiliares Administrativos, que tratan de poner el trámite en orden de forma correcta para evitar los problemas en el futuro.

A continuación vamos a enumerar algunas de las funciones que tienen los Auxiliares Administrativos en la Atención Primaria:
_ Explican e informan a todas las personas, las preguntas y dudas que tengan referente al centro.
_ Emplean toda la formación obtenida para que el trabajo se realice correctamente y que no haya ningún problema en ello, y en caso de haberlo resuelto lo antes posible y de la mejor manera posible.
_ Exponer nuestras dudas a nuestros superiores, para que nuestro trabajo se realice de la forma más correcta.
Y con otras muchas más funciones…
Y otra y de las más importantes funciones que tienen los Auxiliares Administrativos es Primera Cita en Atención Primaria
El personal Administrativo de los centros Sanitarios se clasifica en cuatro grupos generales:
_ Grupo Técnico
_ Grupo de Gestión
_ Grupo Administrativo
_ Grupo Auxiliar Administrativo

5 Discusión-Conclusión

Los Auxiliares Administrativos de la Atención Primaria es una de las categorías, más importantes tanto de los hospitales y como de la Atención Primaria, sin ellos sería todo un caos, ya que ellos en los centros como en los hospitales son la primera referencia cuando vamos al hospital como al centro su presencia y su trabajo en importantísimo.
La Ley General de Sanidad del 1986 señala a la Atención Primaria (AP) como el eje sobre el que de servicios de salud, dando relevancia a las características de máxima proximidad y accesibilidad a la ciudadanía.
La Atención Primaria centra su atención en las personas, las familias y las comunidades, y en ofertar la mayor parte de su atención cerca del domicilio del paciente, dejando a los hospitales los procedimientos altamente especializados.
El auxiliar administrativo debe de tener una serie de capacidades y aptitudes para que el trabajo sea lo más respetable posible, los auxiliares administrativos componen las denominadas Unidades administrativas de los Centros de Salud, desempeñan funciones de atención al paciente y de apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria.

Y por último reúnen principalmente su trabajo en los Centros de Salud, deben tratar con profesionalidad y diligencia a los pacientes y mantener la debida confidencia de todos aquellos datos a los que tenga acceso.

6 Bibliografía

https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario
https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-12108
Libros, y apuntes de opositores de Auxiliares Administrativos

Capítulo 508

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

PAZ DÍAZ GONZÁLEZ

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que trabajan en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad de la Seguridad Social, conforman parte del equipo administrativo y es necesario que conozcan la Carta de Derechos y Deberes, así como la legislación que desarrolla esos derechos.

Es fundamental que el personal reciba formación sobre este tema para así poder respetar los derechos legalmente establecidos.

Todos los profesionales que trabajan con tratamiento de datos, o estén bajo su responsabilidad están sujetos a la obligación de secreto profesional.

Los auxiliares administrativos que prestan sus funciones en el Área de Salud Mental, trabajan en coordinación con el personal de Psiquiatría, Psicología clínica, Trabajadores Sociales, Enfermería, Auxiliar de enfermería y celadores, ..y realizan sus funciones en los Centros de Salud, Hospitales, Centro de Día y Unidades de Gestión Terapéutica.

Dado el área en el que trabajan "Salud Mental", es importante hacer referencia a las siguientes leyes:

Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión sociales:

- Ley 445/2015, de 14 de octubre de voluntariado

- Ley 43/2015, de 9 de octubre del Tercer Sector de Acción social.
- Ley 26/2011 de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
-Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación.

Las principales funciones que realizan los auxiliares administrativos en el área de Salud Mental son: atención telefónica y presencial, gestión de agendas y base de datos, consultas, urgencias y control de citas, entre otras.

2 Objetivos

Establecer y desarrollar las diferentes funciones que desarrollan los auxiliares administrativos en el Área de Salud Mental
Garantizar una sanidad pública, universal y gratuita para todas las personas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Se han seleccionado estudios relacionados con la temática de nuestro trabajo, "Plan de Salud Mental de Castilla La-Mancha 2018-2025".

4 Resultados

Los planes de Salud Mental están orientados hacia la atención integral y la asistencia de calidad, la coordinación, la promoción y la prevención, los derechos humanos y la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental, con diseños organizativos, de desarrollo de programas y recursos orientados hacia la salud mental.
Los auxiliares administrativos que prestan sus servicios en el ámbito de la salud mental tienen una gran presión asistencial, debido a la falta de profesionales sanitarios que ejercen sus funciones en Salud Mental.
Existe una gran demanda poblacional que reclama y es dependiente de esta atención terapéutica tanto en España y en el resto de Europa.

Hay que destacar que se trata de un trabajo en equipo, con una gran variedad de profesionales integrados en el mismo.
Los auxiliares administrativos en salud mental, funcionan como punto de contacto entre los pacientes, el personal médico y hospitalario de dicha área , tienen que tener un perfil con capacidad para atender y orientar a los usuarios o pacientes que acuden a dichos servicios de salud, bien sea en Atención Primaria (Centros de Salud), como en la Atención especializadas (hospitales , Unidades de Media Estancia, Unidades de Salud Mental, ...), capacidad organizativa y comunicativa.
Las funciones que desarrollan los auxiliares administrativos en el Área de salud mental son, entre otras:
- Gestión de base de datos, consultas y urgencia y control de citas.
- Control de citas.
- Realización de informes
- Atención telefónica y presencial.
- Tramitación de hojas de consultas, interconsultas, pruebas, etc
- Archivo de documentación y gestión de Historia Clínica, ...
- Control de asistencia de pacientes

Desarrollan también un papel importante en la comunicación y atención a los usuarios, ya que pueden encontrarse en situaciones conflictivas, por ello deben tener formación al respecto y seguir unas pautas para poder solventar dichas situaciones, para ello es aconsejable seguir unas recomendaciones:
-Capacidad de ayudar y pedir ayuda.
-Empatía con los usuarios y pacientes.
- Tener capacidad para resolver las inquietudes

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos deben respetar escrupulosamente el derecho fundamental del paciente a su intimidad por lo que no pueden acceder indebidamente a ninguna historia clínica.
Debido a la gran variedad de profesionales que integran el Área de Salud Mental, es importante que se trabaje en equipo, se erradique los individualismos. Se debe trabajar para mejorar la atención del paciente.
Los auxiliares administrativos en el Área de salud mental, son otro eslabón más dentro de los profesionales que trabajan para contribuir en la integración social de las personas afectadas de un trastorno mental, y realizan su trabajo evitando

los prejuicios existentes, tratándolos con el mismo respeto y buen trato con el que se atiende a otros usuarios.

6 Bibliografía

1 El administrativo de la salud. https://www.tauli.cat/tauli/images/Usuaris/documents/3.-SEAUS_El-administrativo-de-la-salud.pdf
2 Revista médica. La función del auxiliar administro en salud mental. https://revistamedica.com/funcion-auxiliar-administrativo-salud-mental/#::text=%C3%81mbito%20laboral%20en%20el%20que,Unidades%20de%20Gesti%C3%B3n%20Terap%C3%A9utica%2C%20Hospitales.&text=Gesti%C3%B3n%20de%20base%20de%20datos,Control%20de%20asistencia%20de%20pacientes.
3 Plan de Salud Mental de Castilla La-Mancha 2018-2025 https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20180425/salud_mental_2018-2025.pdf

Capítulo 509

EL CELADOR Y SU PROCESO EN SVB (SOPORTE VITAL BASICO)

MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

JOSE LUIS GONZALEZ AMOR

JUAN SALDAÑA SANCHEZ

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA

1 Introducción

Vamos aportar en este capitulo la importancia que tiene le celador en los centros hospitalarios en soporte vital basico , y su funcionamiento y actuacion ante los diferentes procedimientos .El soporte vital básico es un conjunto de técnicas que pueden ayudar a determinar si una persona está en paro cardíaco y respiratorio y reemplazar temporalmente las funciones respiratorias con estas técnicas hasta que la víctima reciba atención médica. Se recomienda iniciar BLS lo antes posible porque cada minuto que pasa aumenta el riesgo de muerte del paciente. Los objetivos principales del soporte vital básico son restaurar las funciones vitales básicas y lograr la oxigenación de los tejidos. La importancia del soporte vital básico:
La mayoría de las personas admiten que no tienen suficiente conocimiento para aplicar SVB correctamente. Este es un error muy común en la mayoría de las sociedades porque conocer estas manipulaciones ayudará a las personas con CHF

a sentirse más seguras. Controlar los nervios en esta situación es clave para hacer SVB correctamente, ya que no hay dificultades involucradas. Más bien, se trata del acto de decidir oscilar entre una visa y la muerte de una persona. En este punto, los supervisores deben conocer estos métodos de salvación.

2 Objetivos

Conocer e indicar el papel del celador en las maniobras de Soporte Vital Básico y su importancia en este proceso

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica 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 importancia del soporte vital básico:
La mayoría de las personas admiten que no tienen suficiente conocimiento para aplicar SVB correctamente. Este es un error muy común en la mayoría de las sociedades, ya que conocer estas maniobras puede brindar más tranquilidad a una persona con dificultad respiratoria. El control de los nervios en esta situación es clave para realizar correctamente el SVB, ya que no presenta dificultades. Más bien, se trata del acto de decidir oscilar entre una visa y la muerte de una persona.
¿Cómo realizar el soporte vital básico?:
Garantizar la seguridad. Nos acercaremos a la víctima, asegurándonos de que no haya peligros como tráfico, escombros, etc. Mantendremos la zona segura, aunque estemos en la carretera utilizaremos el triángulo de alarma para señalizar o si estamos en la vía pública intentaremos hacer un lugar alrededor del perímetro de donde se encuentra la víctima. Habilite el sistema de copia de seguridad:
Explicaremos claramente dónde estamos y la situación en la que hemos entrado. Si venimos, pediremos una llamada telefónica.
112 y te enviaremos un DEA. Si estamos solos, llamaremos al 112 (deje a la víctima en paz si es necesario). Habilitamos móviles manos libres para facilitar la

comunicación con el 112. Este es uno de los primeros pasos que podemos dar para aplicar la RCP cuando llegan los servicios médicos profesionales.
Necesario para mantenerla con vida. Compruebe si la víctima responde:
Si creemos que está despierto y respirando, tomaremos las siguientes medidas:
Dejaremos a la víctima donde la encontramos. Evaluaremos cualquier lesión o problema de salud que pueda tener. Si es necesario, pondremos en marcha el sistema médico de urgencias llamando al 112. Revisaremos periódicamente a la víctima. Si creemos que está inconsciente, tomaremos las siguientes medidas:
Coloque a la víctima boca arriba. Abriremos la vía aérea realizando un movimiento frente-mentón, colocando una mano en la frente, los dedos índice y medio de la otra mano en el mentón. Verificaremos si está respirando normalmente. Realizando movimientos de cabeza-mentón y mirando hacia los pies de la víctima, presionamos nuestras mejillas contra la boca de la víctima, observando que la víctima respira normalmente durante un máximo de 10 segundos. Si respira con normalidad, colocaremos a la víctima en la Posición Lateral de Seguridad (PLS) y luego activaremos el sistema médico de emergencia para llamar a una ambulancia.
112. Seguiremos comprobando si la víctima respira hasta que llegue la ambulancia. Si la respiración no es normal o no respira, consideraremos respiración anormal o hiperventilación cuando la víctima respira sin mover el pecho. Al parecer, la víctima no respiraba. Colocamos a la persona lesionada sobre una superficie dura (como el suelo). Comencemos con las compresiones torácicas:
Toda víctima de un paro cardíaco necesita que la sangre fluya a través de los órganos vitales, y lo lograremos comprimiendo el centro de la caja torácica. Después de 30 clics hacemos 2 inflados. Justo después de eso, haremos 30 recompresiones en una secuencia de 30:2. Si hay más de un reanimador, se cambiarán cada 2 minutos para evitar la interrupción de la compresión entre turnos.

5 Discusión-Conclusión

Desde el momento en que una persona experimenta un paro cardíaco y respiratorio, su tasa de supervivencia disminuye en un 10% por cada minuto que está en este estado. La diferencia entre la acción del primer minuto y la acción después del tercero reduce la tasa de supervivencia del 90% al 70%. Aunque los servicios de emergencia disminuyen las llegadas año tras año, son estos primeros momentos de atención los que realmente pueden decidir si se salva o no una vida; y cabe señalar que cualquiera puede encontrarse en esta situación. En el trabajo de un cuidador es importante conocer estas técnicas porque salvan vidas al priorizar la

rapidez e iniciar esta intervención lo antes posible.

6 Bibliografía

1. https://esforem.es/soporte-vital-basico-conceptos-basicos-y-relevancia.
2. https://neosalus.com/soporte-vital-basico-svb/.

Capítulo 510

EL CELADOR Y SU FUNCIONES EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

JOSE LUIS GONZALEZ AMOR

JUAN SALDAÑA SANCHEZ

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA

1 Introducción

Una muestra biológica es una determinada cantidad de cualquier sustancia o material cuyo origen es un organismo.
Al acto de obtener una muestra se le denomina muestreo y normalmente son analizadas y tomadas en los laboratorios.
Ésta puede proceder de órganos completos, tejidos, ADN,ARN, proteínas, células o fluidos corporales como la orina, heces, saliva, sangre, sudor, humor vítreo, líquido cefalorraquídeo, etc.
Este material extraído es usado para poder estudiar las enfermedades, estructurar los genotipos de cada individuo, realizar pruebas de paternidad, pruebas de compatibilidad ante donaciones de órganos etc.

Un laboratorio es aquél lugar que dispone de los medios, equipos, personal cualificado y utensilios necesarios para realizar técnicas de carácter científico, con unas condiciones ambientales controladas de temperatura, presión, humedad y luz.
Cada tipo de estudio o cada ciencia necesita tener un tipo de laboratorio adaptado a su naturaleza y a sus requerimientos.
Por ello existen varios tipos de laboratorios: Laboratorio clínico, Laboratorio de microbiología, Laboratorio de genética, Laboratorio de biología molecular, Laboratorio de química, Laboratorio de física, Laboratorio de metrología, Laboratorio de suelos, Laboratorio analítico, Laboratorio de bioseguridad, Laboratorio de incubadora y Laboratorio de Investigación y Desarrollo.
El celador es el profesional no sanitario encargado de trasladar las muestras desde donde se toman hasta el laboratorio correspondiente.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas.

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 que los resultados que arrojan los laboratorios tras analizar las muestras sean precisos, veraces, significativos y clínicamente relevantes, es necesario que todas las muestras biológicas que llegan al laboratorio sean correctamente seleccionadas, recogidas y transportadas.
Por ello es muy importante que conozcamos como celadores los protocolos y procedimientos relacionadas con el transporte de muestras.

Una vez que se obtiene la muestra, es importante que se haga llegar al laboratorio a la mayor brevedad posible para no alterar sus características.
Normas básicas para el transporte de muestras:
- La muestra debe estar en todo momento correctamente identificada, con el nombre y apellidos completos del paciente, el número de cama, servicio o consulta y el número de historia clínica.
- Debe aparecer también la fecha y hora de extracción de la muestra.
- El volante de petición de la muestra debe recoger como debe conservarse la muestra: Rojo: en estufa, Azul: en nevera,
Amarillo: a temperatura ambiente.
- El transporte de muestras biológicas será llevado a cabo con un envasado triple: Envase primario (de material absorbente, evita el derrame de las muestras biológicas en caso de rotura), envase secundario (impermeable, estanco y duradero, encerrará el primer recipiente o varios de ellos), envase terciario o exterior (protege la carga de golpes o daños durante el transporte mediante un material amortiguador).
- El recipiente en el que se transporta la muestra debe ser el adecuado para su conservación (con los aditivos, anticoagulantes o conservantes necesarios).
- Normalmente el transporte de las muestras refrigeradas se hace en neveras portátiles, éstas se disponen en un carro para su transporte de forma ordenada.
- Al entregar las muestras a cada servicio, el responsable debe de firmar la recogida de las mismas.
- Normalmente los circuitos de recogida están estandarizados y controladospor un horario, que establecerá cada hospital según sus necesidades.
- Los vales de entrega una vez firmados se entregarán por parte del celador al supervisor.
- En el último circuito se recogen las gradillas y neveras vacías para devolverlas al servicio correspondiente.
- Deben prevenirse los vuelcos o roturas de los recipientes contenedores, evitando choques, golpes o caídas.
- Verificar y controlar la temperatura de las neveras, para guardar la cadena de frío.
- Las muestras peligrosas deben llevar un etiquetado especial reconocible por parte de los profesionales.
- Evitar distracciones y transitar por las partes del hospital menos llenas, para reducir los posibles riesgos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja como celador en un hospital algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas dentro de un centro hospitalario.
Hemos podido conocer que es una muestra, que puede contener la misma, que las muestras son analizadas en un laboratorio y que existen diversos tipos según el tipo de muestra y los requerimientos para su análisis: laboratorio clínico, de microbiología, de genética, biología molecular, de física, de química, etc.
Hemos podido conocer la importancia del correcto transporte de una muestra, ya que de ello depende que el resultado del análisis de la misma se corresponda con la realidad y pueda ayudar a diagnosticar enfermedades o anomalías.
Hemos podido conocer algunas consideraciones básicas sobre el transporte de muestras que nos van a ayudar al correcto desarrollo de nuestras funciones.
Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto al trasporte de muestras biológicas.

6 Bibliografía

1. https://www.sanac.org
› site PDF Proceso de los laboratorios clínicos - SANAC
2. https://www.mscbs.gob.es.
Toma y transporte de muestras para diagnóstico de SARS-CoV-2.
3. https://www.precintia.com
› blog › Transporte de muestras biológicas: ¿Cómo garantizar la seguridad? - Precintia.
4. https://www.deltalab.es
› productos. Transporte de muestras - Deltalab Products.

Capítulo 511

EL CELADOR EN ATENCION PRIMARIA

JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE

SUSANA CERRO HERNANDO

IVAN GARCIA MENDEZ

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO

1 Introducción

La atención primaria de salud, según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, de 1978 y convocada por la Organización Mundial de la Salud, es la siguiente:
Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
Las funciones de los celadores son muy variadas y dependiendo del servicio en el que estos se encuentran y desarrollan su actividad estos profesionales.
Por este motivo, es necesario definir unos protocolos sobre las funciones que estos deben realizar en el servicio de atención primaria.

En el equipo multidisciplinar de la atención primaria se encuentra personal sanitario y no sanitario bajo la dirección de un coordinador médico, esté equipo lo componen los siguientes profesionales como son los médicos de medicina general, pediatras, diplomados de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, farmacéuticos titulares, veterinarios titulares de la zona, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, celadores, personal de limpieza y personal de mantenimiento.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a describir las funciones del celador como parte del equipo multidisciplinar que presta sus servicios en la atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del 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

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas de salud proveen una mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales, y con unos costes menores. El objetivo principal es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la atención primaria que poseen las zonas básicas de salud.
Las principales funciones que desempeña el celador en los centros de salud son las siguientes:
-Función de vigilancia y seguridad del centro: El celador velará porque todas las dependencias e instalaciones del centro de salud se encuentren en perfecto orden y limpieza.
Deben procurar que los pacientes y familiares mantengan el orden y la limpieza y también procuren estar en silencio.
-Se encargarán de dar información y atención al usuario: Los celadores tienen que proporcionar información a los pacientes que lo soliciten. Teniendo en cuenta

que nunca podrán dar información sobre temas relacionados con la salud, pruebas o tratamientos.
-Se encargarán del traslado y movilización de los pacientes: Cuando llegan pacientes con movilidad reducida o que no pueden valerse por sí mismos, el celador debe encargarse de ofrecer una silla de ruedas y ayudar en el traslado de estos pacientes hacia las consultas.
-Es el encargado de reponer el material que falte en las consultas y en todas las dependencias del centro de salud. Se encargarán del manejo de las máquinas como las fotocopiadoras, y otras máquinas auxiliares.
-Se encargan del reparto de la documentación:
Dentro del centro de salud se encarga de trasladar los documentos, correspondencia y las historias clínicas de los pacientes cuando sea necesario.
-Asistirá a los profesionales del equipo de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión sacamos que los celadores son una pieza fundamental de trabajo de la atención primaria y por ello deben tener claras sus funciones y estar informados de cualquier cambio en los protocolos de actuación del centro donde este se encuentren trabajando.
Los celadores colaborarán con los pacientes y familiares siempre que ellos necesiten de su ayuda tanto para la movilización y trasferencia, como informándoles en temas relacionados con la atención sanitaria.
Por otro lado los celadores suelen ser los responsables de la apertura y cierre del centro de salud, además de poner la iluminación correspondiente del horario en que se trabaje.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/
- Pubmed
- https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion
- https://enfermeria.top/apuntes/celador/tipos-de-celadores/

Capítulo 512

EL CELADOR.FUNCIONES CON LA SILLA DE RUEDAS EN TRANSPORTE DE PACIENTES

JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE

SUSANA CERRO HERNANDO

IVAN GARCIA MENDEZ

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO

1 Introducción

Dentro de las funciones que desarrolla un celador esta la del traslado con seguridad a los paciente. Para llevar a cabo esta tarea con eficacia, el celador tiene a su disposición dispositivos específicos como son las sillas de ruedas y las camillas.
El celador tiene que dominar aquellas técnicas que son precisas para cada tipo de traslado o movilización, con estas técnicas evitara hacer sobreesfuerzos, que pueden acarrear problemas de salud en su jornada de trabajo, tiene que saber adaptar una correcta dinámica corporal, como un eje fundamental para la correcta aplicación en las habilidades ergonómicas, para evitar los accidentes o enfermedades profesionales.
Para llevar a cabo este tipo de traslado sería necesario usar una silla de ruedas, la manera de proceder seria colocarla frenada, en paralelo a los pies de la cama, después de esto se sentara al paciente en la orilla de la misma, el celador se colocara

de frente a él, y después lo ayudaremos para sentarse, sujetándolo por la cintura ayudándole a bajar de la cama, le desplazaremos lateralmente hasta sentarlo en la silla.
Para hacer el traslado tanto si es en cama, camilla o silla de ruedas, el celador debe de tener en cuenta:
• A la hora de entrar en el ascensor, debe entrar primero el celador y tirar de la camilla haciendo que primero pase antes de la cabecera.
• Se evitaran las situaciones donde existan corrientes de aire o zonas donde el paciente pueda sentirse incómodo.
• Cuando el celador tenga que bajar rampas, se situara en la parte inferior caminando hacia atrás, de tal manera que el paciente encamado mire hacia nosotros, y si va en silla de ruedas, mire en la misma posición que nosotros.
• El paciente tiene que estar bien sujeto para evitar caídas en los desplazamientos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulos serán como se usa la silla de ruedas en centros hospitalarios y explicar las funciones que se pueden realizar con la silla de ruedas por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador antes de realizar un traslado de un paciente para llevarlo de un lugar a otro, debe comprobar las siguientes pautas:
• Deben esperar hasta que otro profesional o acompañante se haga cargo del paciente.
• Deberán evitar las corrientes de aire.
• Comprobar que el paciente esté debidamente colocado y este permanezca sujeto durante su traslado para evitar caídas o golpes.

• Comprobar que todos los dispositivos que lleva el paciente (suero, sondas, oxígeno, etc.), están situados correctamente para impedir que obstaculicen el traslado.
• Comprobaran que el paciente está convenientemente arropado para impedir que se enfrié.
• Harán el desplazamiento sin dilación pero evitando movimientos bruscos.
Existen varios tipos de sillas de rueda, entre las que se encuentran:
• Sillas marinas o anfibias: están se destinan para el acceso a las zonas de playa y el baño, llevan ruedas anchas para la arena y un tirador frontal para los acompañantes.
• Sillas manuales estándar: estas son las que más se utilizan, ayudan en el manejo para el mismo paciente, para que se pueda desplazar a través de los aros de sujeción, que están colocados en las ruedas, utilizando la fuerza muscular del tren superior.
• Sillas deportivas: este tipo de sillas son muy variadas y personalizadas, ya que son utilizadas para el deporte y deportistas, suelen ser resistentes y livianas para que puedan ofrecer una gran movilidad, estabilidad y manejo.
• Sillas dependientes o de transporte: están son de tipo manual, que son movidas por el acompañante y que no permiten el control del ocupante, son utilizadas para el traslado.
• Sillas eléctricas o motorizadas: llevan incorporados motores eléctricos para la autopropulsión de la silla, y son controladas por sistemas electrónicos, se manejan a través de un joystick o incluso un sistema bucal. Son bastante pesadas y complejas para el transporte.
• Sillas de posicionamiento: su objetivo es mantener un correcto posicionamiento corporal de pacientes que no lo consiguen de forma autónoma.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que poseer unos conocimientos, ya sean mecánicos de la silla y los utensilio que lleva, es de vital importancia para el desarrollo de sus funciones, tiene que saber desenvolverse con ella tanto dentro de un hospital o en los centros de atención primaria, para el ingreso de pacientes desde el servicio de Urgencias a las distintas plantas de hospitalización, desde el servicio de Admisión a las unidades de hospitalización, así como para el traslado de pacientes para la realización de pruebas complementarias (radiología, rehabilitación, diálisis, radioterapia, etc.), también para trasladar a los pacientes cuando son dados de alta, así como para el traslado en ambulancia.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Capítulo 513

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA.FUNCIONES

JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE

SUSANA CERRO HERNANDO

IVAN GARCIA MENDEZ

RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

1 Introducción

La mayoría de los hospitales cuenta con un servicio de farmacia, esta depende la de dirección médica y suministra de una forma centralizada los medicamentos a todas las unidades que lo forman. Hay hospitales que no disponen de este servicio y deberán de solicitar a la comunidad autónoma un depósito de medicamentos bajo control de un farmacéutico.

En las farmacias de los hospitales además del responsable que es el farmacéutico, también trabajan otro personal como auxiliares de farmacia, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, administrativos y los celadores entre otros.

La farmacia hospitalaria es la unidad que se encarga de preparar, almacenar, distribuir los productos sanitarios y medicamentos, además también administrara productos de salud rentables. La mayoría de los medicamentos están preparados para la dispensación, pero en ocasiones el farmacéutico se encarga de mezclar

ingredientes y líquidos para mejorar la medicina de cada tratamiento, ellos trabajan con médicos en áreas cerradas y también pueden asesorar de los efectos, dosis, los efectos secundarios que se puedan generar en el paciente.
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 el organismo competente para valorar el valor benéfico de los medicamentos y que los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia.

2 Objetivos

Explicar las labores del celador en el servicio de farmacia y se conocerán las funciones en estas unidades.

3 Metodología

Para la elaboración del 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

Los hospitales deben de tener un servicio de farmacia y disponer de un área de almacenamiento que podrá estar ordenado por orden alfabético o incluso por finalidad terapéutica. En las farmacias también dispondrán de una zona donde se encargan de preparar medicamentos, por ejemplo de nutrición enteral o parental. El celador forma parte del personal no sanitario de Farmacia. Las principales funciones del celador de farmacia son:
- Custodiar y dispensar los productos que ya están en fase de investigación clínica.
- Se encargarán de que se cumpla la legislación sobre estupefacientes y psicotrópicos .
- Dispondrán de un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital.
- Son los encargados de la recepción del material, debiendo comprobar que llega Correctamente y si corresponde con el pedido que realizado.
-También tienen la misión de transportar el material dentro de la misma farmacia, moviendo bultos y cajas que sean de gran volumen o peso dentro de la farmacia

cuando sea necesario.
- Deben formar parte de las comisiones hospitalarias.
- Harán los trabajos de investigación propios y también colaboraran con las Unidades o servicios.
- Deben participar en los ensayos clínicos con medicamentos.
Por todas esas funciones son tan importantes las farmacias hospitalarias.
- También manejaran el material más pesado.
- Son los que transportan el material dentro de la farmacia, ademas ayudaran en la colocación del mismo en el sitio donde corresponda.
- Se encargan de acondicionar el suero y el alcohol y también de la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias.
- Dispondrán de un sistema de farmacovigilancia intrahospitalario.
-Dispensación de determinado material que el mismo celador ha ordenado, como botes de suero.
- Son los encargados de trasladar los carros con la medicación desde la farmacia Hasta las distintas unidades hospitalarias.
- También transportarán los productos que vallan para farmacia, como sobrantes de medicaciones, desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Se encargaran de la vigilancia de la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

La coordinación y formación de todos los profesionales que hay dentro del servicio de farmacia evitará errores en la preparación, transporte y administración de los tratamientos que van a utilizar los pacientes durante su ingreso hospitalario. En los centros hospitalarios la distribución de los medicamentos se realiza todos los dias con la dosis que le corresponde para cada uno de los pacientes de cada habitación, una de las funciones del celador en farmacia incluyen tareas indispensables para el desarrollo de la unidad, desde recepción de las mercancías, almacenaje, distribución, movimiento de las grandes cargas en la unidad a incluso la dispensación de ciertos productos como alcohol o sueros.

6 Bibliografía

https://medlineplus.gov/
hhttp://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 514

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

CARMEN OLMOS PEINADO

SONIA CASTILLO LOZANO

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

1 Introducción

El servicio de radiodiagnóstico existe en los centros de atención primaria y en atención especializada. Este servicio cuenta con la colaboración del personal no sanitario del hospital entre los cuales se encuentran los celadores, cuya figura se encuentra en contacto directo con los pacientes durante toda su estancia.
En el servicio de Radiodiagnóstico también forma parte los celadores, que realizarán unas funciones específicas en ellos, muchas de ellas son comunes con el resto de funciones que realizan en las distintas áreas del hospital o centro de salud.
La radiología, se conoce también como radiodiagnóstico o diagnóstico por imagen y es una especialidad que se encarga de realizar imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos como son los rayos X o los ultrasonido. A partir de este descubrimiento de los Rayos X se han conseguido infinidad de mejoras, tanto en los equipos utilizados como en los medios de protección. En

la actualidad son posibles los estudios del esqueleto, sistema nervioso, aparato urinario, corazón, tórax, etc…
El celador es el profesional encargado de garantizar la funcionalidad dentro de los centros hospitalarios, y es el responsable de vigilancia, traslados y documentos, movilización de pacientes y demás tareas auxiliares que permite la colaboración con el resto del personal sanitario como por ejemplo los médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos, etc.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son los de conocer las funciones principales de los celadores en el servicio de radiodiagnóstico.

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 con palabras clave.

4 Resultados

En este servicio también nos podemos encontrar con pacientes que estén en aislamiento, por tanto habrá que conocer y usar las normas de este procedimiento y el protocolo de actuación.
Los rayos es la prueba que más se demanda, el celador tiene la responsabilidad de estar siempre localizado. Las funciones del celador en este servicio son:
• Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad que corresponde hasta el lugar de procedencia, cuidando siempre que a cada paciente le acompañe su Historia clínica, que se la debe de dar enfermaría.
• Ayudarán al Médico responsable o personal de Rayos, a la movilización de los pacientes que lo necesiten.
• Ayudarán al personal encomendado para ello a la movilización de los pacientes. Para ello, tendrán los debidos conocimientos para ello.
• Tramitarán o conducirán sin tardanza todas las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que le sean mandado por sus superiores,

así como trasladarán de unos servicios a otros los aparatos, mobiliario y documentación que se les requiera.
• Realizarán, excepcionalmente, labores de limpieza que se les encomiende, por dificultad de manejo de aparatos radiodiágnosticos.
• Observarán las normas internas del Servicio de Radiodiagnóstico.
• También serán misiones de los Celadores de Radiodiágnostico, todas aquellas funciones similares que le hayan sido mandadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas en el equipo de Radiología.
• A los pacientes urgentes se les llevara al servicio de Radiología en cuanto lo encomiende la enfermería, para hacerles las pruebas pertinentes, y se devolverá al paciente a su lugar de origen, hasta que el médico le den los resultados.
• A los Pacientes Hospitalizados que no puedan ser movidos, se les hará pruebas radiodiagnósticas acompañando al personal especializado por las plantas con el portátil, y se le realizarán los movimientos necesarios para colocarle las respectivas placas, todo con la instrucción del personal técnico del servicio de Radiodiagnóstico.
• El Celador tendrá que estar siempre localizado, para lo que se le pueda requerir.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores ejercen una labor extraordinaria en los servicios de radiodiagnóstico, apoyan en todo momento al personal técnico en imagen para el diagnóstico como al paciente, y favorecer la realización de las pruebas, mantienen la seguridad del paciente y la de todos los profesionales implicados. Las funciones del celador vienen recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social como dice sus funciones según Orden de 5 de Julio de 1971.
Para el buen funcionamiento en el servicio de radiodiagnóstico es necesaria una especial organización y sincronización para que el trabajo fluya con agilidad ya que es uno de los servicio más demandado de los centros hospitalarios, con una gran carga de trabajo.

6 Bibliografía

-Celadores.org [Internet]. Salamanca: El Greco; 2018 [citado el 19 de julio del 2021]. Disponible en: Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios
-http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html

Capítulo 515

EL CELADOR EN LA ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE QUE CAE AL SUELO

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

CARMEN OLMOS PEINADO

SONIA CASTILLO LOZANO

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

1 Introducción

Es muy frecuente que en algún momento en un centro hospitalario los pacientes caigan al suelo, este tipo de caídas pueden ser por causas como por flojedad en las piernas por tener un estado delicado, por un sincope, por una bajada de tensión, entre otras muchas más
También puede ser causado por otros motivos más extrínsecos, como puede ser por estar un objeto en medio del paso de los pacientes, por estar el suelo mojado, etc.
Todo este tipo de caídas, se deben tener en cuenta y se tratan como movilización, por eso el celador para realizar este tipo de transiciones (sillón-cama), debe tener unos conocimientos y una serie de técnicas adquiridas para ayudar a los pacientes en las caídas.

La caída puede ser un golpe o derivarse en una situación más complicada para los pacientes, pues se pueden producir roturas de una de las estructuras óseas (cadera, fémur, cúbito, etc.), brechas en la cabeza, o incluso traumatismos craneoencefálicos.
El celador, para evitar lesiones más complicadas a la hora de realizar la movilización y levantar a los pacientes, tiene que estar presente y hacer uso de sus funciones y conocimientos para la movilización, con esto evitaremos lesiones más agresivas, ya no solo para el paciente, sino también para el personal, porque sin unos conocimientos, esta técnica puede llegar a causar lesiones de una manera muy perjudicial.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer el papel del celador que presta ante la caída de un paciente al suelo.

3 Metodología

Para la realización 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.

4 Resultados

Cuando se avise al celador de una caída de un paciente al suelo, el personal facultativo tiene que dar orden para que este pueda ser levantado, el celador debe prepararse para la movilización del paciente y levantarlo del suelo de una forma correcta y rápida para evitar que este un largo periodo de tiempo en este tipo de situación.
El protocolo de actuación ante una caída, se realiza de manera sincronizada, por es debe existir una comunicación entre los dos celadores. Este protocolo tiene las siguientes pautas:
• Cuando se haga el traslado de un paciente, se le debe avisar y se le pedirá que nos ayude si es posible, se apoya el peso de un lado a otro, mientras que la espalda se debe mantener recta.

• Cuando el paciente llegue a presentar alguna fractura de cadera, se debe girar al enfermo en Decúbito Lateral, le colocaremos una almohada doblada entre las piernas, y así evitaremos que las junte, se le colocara un arnés y una entremetida en la mitad del cuerpo, para luego hacer que gire hacia el Decúbito contrario y acabar de estirar el arnés y entremetida.
• La cama se tiene que dejar lo más baja posible (en bloque) y cerca al paciente, para que este pueda llegar lo antes posible a ella y no perdurar mucho el traslado.
• Cuando el paciente se encuentre en la postura de decúbito supino y se esté seguro de que está todo perfectamente, lo sentaremos, levantando por el tronco.
• Cuando el paciente este sentado en el suelo, se le trasladara a la cama lo más cerca posible, justo detrás del enfermo.
• Colocar al paciente en la posición decúbito supino, retirando todo aquel objeto que pueda estorbarnos para la maniobra.
Este tipo de movilización, se puede realizar con más de dos personas, que deben prestar más atención a las zonas de las extremidades inferiores, para ayudar a levantar al paciente. Otra manera de poder realizar esta movilización, seria con ayudas técnicas como la de la grúa de cigüeña.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas suelen ser una situación bastante desagradable, que se pueden llegar a encontrar en la planta o en una unidad de un hospital, y se debe actuar y reaccionar de forma rápida y eficaz.
La actuación del celador ante este tipo de caídas es de vital importancia con este tipo de movilizaciones, con las técnicas y los conocimientos que tienen adquiridos, el paciente no pueda salir cuando se realice este tipo de movilizaciones, para no sufrir más daños.
El personal que realice este tipo de movilizaciones, no sabe reaccionar o no dispone de los conocimientos que son necesarios en este tipo de situaciones, puede acarrear consecuencias para el paciente.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 516

EL CELADOR Y LOS CUIDADOS AL ENFERMO PALIATIVO

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

CARMEN OLMOS PEINADO

SONIA CASTILLO LOZANO

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) nos dicen en su historia de los Cuidados Paliativos y del movimiento Hospice y los llega a definir como "un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal".

El papel del celador ante el paciente terminal es de vital importancia, ya que forma parte del equipo (personal médico, enfermero/as, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc.) que proporciona los cuidados paliativos o de confort a los pacientes y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo.

Los cuidados paliativos ni detienen ni aceleran el proceso de morir. Solo llegan e intentan estar presentes para aportar aquellos los conocimientos especializados en cuidados sanitarios y psicológicos, y un soporte emocional y espiritual mien-

tras dura la fase terminal y en un entorno que incluye el hospital o el hogar, la familia y los amigos.
Los elementos fundamentales son
- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Pronóstico de vida limitado inferior a seis meses.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente. Por tanto, podemos afirmar que el paciente con cuidados paliativos es un paciente terminal.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones de un celador y los cuidados con el enfermo terminal.

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.

4 Resultados

El papel del celador ante el paciente terminal es de vital importancia, ya que forma parte del equipo (personal médico, enfermero/as, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc.) que proporciona los cuidados paliativos o de confort a los pacientes y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo.
Es el profesional que está en mayor contacto con el enfermo acompañando al auxiliar de enfermería durante el aseo, movilización y traslado a las diferentes pruebas que se le deban realizar.
Debe ser muy prudente en aquellos comentarios que haga, pues a menudo, el enfermo terminal aún tiene su consciencia plenamente capaz, así que debe ab-

stenerse de hacer comentarios sobre el estado del paciente o evitar gestos de desagrado, por lo que vea en su presencia.
Muchas veces pensamos que el enfermo terminal no es consciente de lo que se habla y es algo en lo que estamos los profesionales muy equivocados, la PRUDENCIA y el RESPETO debe ser ante todo una prioridad en la labor del celador y resto de equipo que atienda a estos pacientes.
El comportamiento del celador deberá ir enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, proporcionándole una atención continua e individualizada, fomentando la dignidad del paciente, manteniendo una higiene diaria y continua tanto del enfermo como de la unidad del paciente. (Es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario).
También el celador tiene que extremar su comportamiento ante los familiares. El celador deberá desarrollar su empatía (capacidad de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa) y atender las necesidades psicológicas de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El confort del paciente en fase terminal debe ser el objetivo principal del celador, para ello deberá conocer por qué etapas puede pasar ante la aceptación de la muerte y ponerse en lugar de él (Empatía) para ofrecer unos cuidados efectivos.
Por desgracia, los celadores, al no ser personal sanitario, no gozan de una formación específica como tienen el resto de categorías, en ocasiones, acceden a su puesto de trabajo en el mejor de los casos, tras haber superado una oposición donde deben alcanzar unos conocimientos y en el peor de los casos acceden al puesto por llamamiento de los servicios públicos de empleo y es en este supuesto donde se encuentran con unas funciones que desconocen así como unas situaciones que para ellos pueden ser traumáticas como es encontrarse con un enfermo terminal.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 517

EL CELADOR Y EL PARITORIO

RAQUEL PECES OCHOVO

JESUS MANUEL CASTRO GARCIA

ANTONIA RUIZ PINILLA

ANDREA ROMERO PARADA

MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO

1 Introducción

La maternidad es un aprendizaje, ya que ninguna mujer descubre lo qué implica ser madre hasta que experimenta esta vivencia en primera persona e inicia una etapa nueva y de nuevas responsabilidades.
Tener la capacidad de adaptación ayudará a las mujeres gestantes a desarrollar algunas estrategias para lidiar con situaciones difíciles, administrar la ansiedad y el estrés, reducir el miedo asociado con el parto y ayudarlas a mantener la salud y el bienestar de cada mujer en la transición hacia la maternidad, ya que es bien sabido que durante el embarazo, el parto y después del parto las mujeres tienen un mayor riesgo de tener problemas de salud mental.
Otros de los aspectos a tener en cuenta es que el parto es la causa más frecuente de ingreso en todos los hospitales españoles. Además, los hospitales cuentan con unidades multidisciplinares de atención al parto que contemplan un acto de una forma integral.
La maternidad es la experiencia personal que protagonizan algunas mujeres en algún momento de su vida al dar a luz a su propio hijo y marca un punto de

inflexión en su vida, ya que después de esa llegada del recién nacido tienen un cambio de prioridades en su vida.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es describir cuáles son las funciones a realizar por el celador en el servicio de maternidad, destacando la importancia en este proceso asistencial.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre las funciones que tiene el celador cabe destacar que las más importantes es introducir y sacar a la paciente del área de partos.
Terminado el parto, el celador será requerido para pasar a la paciente de la mesa de partos a su cama, y su posterior traslado al box de reanimación, donde la paciente pasará el tiempo que los médicos consideren oportuno, siendo en todo momento muy cuidadoso.
Cuando la madre y el bebe estén en buenas condiciones, el celador los llevará a la habitación junto con su historia clínica para que puedan recuperarse lo antes posible.
Las funciones a realizar por el celador en el área de maternidad son las siguientes:
- Recibir al paciente, valorando si necesita ayuda en silla, cama o camilla o va por su propio medio.
- Indicará que informe de sus datos en el servicio de admisión.
- Deberán avisar al personal de enfermería de su llegada, entregándoles la hoja de admisión.
- Recibirán las ambulancias.
- Trasladarán a la embarazada al paritorio cuando se le avise de dicha necesidad e intentarán tranquilizarla si la paciente se encuentra en estado nervioso.
- Trasladará las muestras como las de orina o sangre al laboratorio.

- Trasladarán el aparataje que se pueda precisar en esta unidad.
- El celador pondrá rápidamente en conocimiento de sus superiores de los desperfectos o anomalías que vea en la unidad y tratará de solucionarlos lo antes posible.
- Controlarán el servicio de visitas y del cumplimiento de todas las normas y el protocolo establecido.
- Trasladarán de la farmacia del hospital todo lo necesario para la intervención como cajas de sueros, que entregarán sin tardanza al personal sanitario auxiliar de maternidad.
- Y ayudará en aquellas tareas donde sea necesario al personal sanitario que estén dentro de sus competencias.

5 Discusión-Conclusión

El celador posea unas buenas habilidades comunicativas y comunicación social, jugando un papel importante, para ello debe de ser asertivo y tener empatía. Una buena comunicación con el paciente influye de forma positiva para su bienestar. Para finalizar, todo forma parte de la calidad asistencial, haciendo que un buen hospital funcione de manera correcta, dándole a los pacientes un trato correcto, sintiéndose lo más cómodo posible mientras permanecen allí.
El papel del celador en el servicio de maternidad es de vital importancia, ya que además de ayudar a la parturienta, le dará el apoyo moral por los nervios que está presenta con motivo de dar a luz.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
https://medlineplus.gov/spanish/
https://www.scielo.org/es/

Capítulo 518

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE EL PACIENTE CARDÍACO

RAQUEL PECES OCHOVO

JESUS MANUEL CASTRO GARCIA

ANTONIA RUIZ PINILLA

ANDREA ROMERO PARADA

MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO

1 Introducción

Las unidades cardiológicas es un servicio o zona de las más especializadas, y los celadores, al igual que el resto de personal sanitario que trabajan en ellas, como son el personal de enfermería, el personal médico, TCAE e incluso las limpiadoras deben de saber y conocer los protocolos exactos y cuáles son los elementos diferenciadores, tanto del trabajo a desarrollar como en las peculiaridades y necesidades de los pacientes y sus familiares.

Un paciente cardíaco que llega al servicio cirugías cardiovasculares de las que son los encargados el personal de cardiología (cardiólogos) en los que son necesarias y muy precisas las intervenciones quirúrgicas. Entre las principales cirugías cardiovasculares que se realizan nos encontramos: la cirugía valvular, de grandes vasos, los bypass, arritmias o trasplantes cardíacos. En estas cirugías, se debe estar en constante evolución por todos los profesionales que trabajan en ella y con el tiempo paso del tiempo utilizar las nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras

opciones que ayuden a mejorar el éxito de las operaciones cardiovasculares, ya que facilitaran y disminuirán el tiempo de recuperación de los pacientes.
Las funciones de un celador ante un paciente con este tipo de características, van desde que el paciente ingresa en urgencias o llega al centro hospitalario por una operación programada hasta que este es dado de alta.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son conocer las funciones del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Así como una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

El celador es el personal encargado del traslado del paciente que sufre una insuficiencia cardiaca cuando ingresa en un centro sanitario, ya sea a la habitación como de forma directa al quirófano si la situación es de extrema urgencia. Si es por una operación programada, el celador llevara a estos pacientes a realizarse una radiografía de tórax previa a la operación.
El día de la operación, el celador en cuanto tenga la orden del personal de quirófano, ira a la planta a por el paciente y lo llevara al área de intervenciones quirúrgicas junto con el historial médico y con previo aviso en planta del traslado de ese paciente.
El celador en el quirófano seguirá las instrucciones tanto del cirujano asi como del personal de enfermería, procederá a colocar al paciente sobre la mesa del quirófano y le pondrá los brazales, el arco o cualquier otro tipo de accesorio de la mesa que le digan que se va a utilizar. También es el responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.
Si en la operación, se tuviera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tiene que realizar esta función. Cuando la intervención finalice

pasara al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla y lo trasladará la unidad de cuidados intensivos (UCI).
El celador que trabaja en el servicio de la UCI, debe ayudar a los auxiliares de enfermería en el aseo de los pacientes y una vez esté extubado y estabilizado y se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con mucho cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un celador sobre el paciente cardiovascular, son muy importantes, pues este se implica en todos aquellos procesos por los que pasan los pacientes en el centro hospitalario, desde el traslado hasta en el ingreso, así como su trabajo en quirófano, en la unidad de cuidados intensivos (UCI), así como entre otros muchos, también se incluyen las funciones tras la operación. Las funciones del celador se realizan de un forma general, ya que nos basamos en la forma en la que presta su en el hospital en el que trabaja, Hay que ensalzar la importancia que tienen los celador en el sistema sanitario, porque son un eslabón en la cadena sanitaria.

6 Bibliografía

https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/información-general-sobre-cirugía-cardiovascular

Capítulo 519

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

RAQUEL PECES OCHOVO

JESUS MANUEL CASTRO GARCIA

ANTONIA RUIZ PINILLA

ANDREA ROMERO PARADA

MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO

1 Introducción

La atención primaria se compone de médicos de medicina general, pediatras, diplomados de enfermería, matronas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, veterinarios titulares de la zona, farmacéuticos titulares, celadores, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, personal de limpieza y personal de mantenimiento.

La Atención Primaria es el primer nivel de acceso de la población al Sistema Sanitario. Esta atención será prestada en cada Zona de Salud por los profesionales de la misma, que son los equipos de Atención Primaria y se prestará en los centros de salud y consultorios. Esta atención se prestara programada, urgente, ambulatoria y domiciliaria, aumentando así la accesibilidad de la población a los servicios.

En los centros de salud se realizan funciones dirigidas a la rehabilitación, las curas y la prevención de la salud. Debido a que no hay pacientes ingresados, las

funciones de los celadores serán parecidas a las de los celadores de puerta de los hospitales.
Los centros de salud son edificios en los que se imparte asistencia sanitaria básica y principal a todos los ciudadanos en un primer nivel asistencial, hay algunos centros de Atención Primaria en los que también pueden ofrecer otro de asistencia como puede ser rehabilitación, matrona, dentista o incluso atención de salud mental.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es dar a conocer y analizar las funciones propias que tiene un celador en los centros de Atención Primaria y valorar la importancia de este.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las principales funciones de un celador en los centros de salud son:
-Cuidara que todas las dependencias estén en perfecto orden y limpias.
- Controlará el acceso y la circulación de todos los usuarios dirigiéndoles a las consultas que tengan solicitadas.
-Controlar el comportamiento de los pacientes y de sus acompañantes (procurando que mantengan el silencio en las salas)
-Recogerá, entregara y distribuirá la correspondencia entre las consultas.
-Informara al paciente de los datos sobre sus consultas médicas (como pueden ser el día y la hora de la cita al igual que el lugar donde se realizará) pero en ningún caso informarle de su salud o de sus tratamientos
- También ayudaran a médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas y demás componentes del equipo de Atención Primaria en la movilización de pacientes que tengan movilidad reducida.

-Trasladara la documentación (como puede ser la historia clínica del paciente)
-Trasladar el aparataje que sea requerido, (por ejemplo un electrocardiograma)
-Ayudara al traslado de los pacientes que no puedan valerse por sí solos y llevarlos al lugar donde sea necesario. Si no pueden por si solos se les proporcionara una silla de ruedas.
-Repondrá todo el material del que haya escasez en las consultas como en todas las dependencias del centro (sobre todo en la sala de curas)
-Trasladara la maquinaria del centro como puede ser las fotocopiadoras u otro tipo de máquinas auxiliares. También son los encargados de reponer el material de oficina.
-Ayudar en todo lo que se precise al personal sanitario como pueden ser la ayuda para realizar pequeñas curas o intervenciones.
El equipo de Atención Primaria está constituido por la totalidad de profesionales sanitarios y no sanitarios vinculados a la administración sanitaria que desarrolla su actividad en el nivel primario y cuyo ámbito de actuación se encuentre dentro de la zona básica de salud.

5 Discusión-Conclusión

En los centros de salud colaborarán con los pacientes y familiares siempre que lo necesiten, tanto para la movilización, como informándoles en temas de atención sanitaria. Además suelen ser los responsables de abrir y cerrar el centro de salud o ambulatorio y poner la iluminación correspondiente dependiendo de la hora del día en que se encuentre.
Los celadores son fundamentales en el equipo de trabajo de atención primaria, es por ello que deben tener claras todas sus funciones y estar informados de cualquier cambio en el protocolo de actuación del centro donde se encuentran, por ello debe mostrarse en cualquier momento colaborativo y con vocación de ayudar a todas las personas que acuden al centro.

6 Bibliografía

http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html
https://www.scielo.org/es/

Capítulo 520

PINCHES DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y LA ORGANIZACION DE LAS DIETAS DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES

MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ

RAUL DE LA FUENTE MILLA

RAMIRO LOPEZ FAJARDO

JOSEFA GARCÍA SALMERÓN

MELISSA PEDROSA GARCÍA

1 Introducción

Para mantener una buena salud es necesario nutrirse bien. Existen enfermedades, que aun siendo benignas, pueden provocar un déficit alimentario, debido a la falta de apetito, de absorción de nutrientes y vitaminas, alteraciones en el gusto etc.
Las dietas en los hospitales están diseñadas para favorecer la pronta recuperación de los pacientes y para la prevención de enfermedades, estudiando para ello sus necesidades.
Las dietas tienen varias funciones:
- Terapéutica: como parte del tratamiento para favorecer que el paciente vuelva a mejorar cuanto antes.

- Preventiva: Gracias a una alimentación equilibrada se evitarán complicaciones que lleven a desarrollar enfermedades.
- Educativa: los pacientes deben ser guiados para que sigan las dietas recomendadas para que lleguen a realizarlas de forma habitual.

Todos los centros sanitarios tienen un código de dietas cuya finalidad es simplificar la forma de definir la alimentación que los pacientes deben recibir a lo largo de su estancia en la institución sanitaria. Las dietas las elabora la Unidad o Servicio de Dietética del hospital a partir de las pautas ordenadas por el personal facultativo especialista, que prescribe el tipo de dieta para cada paciente después de estudiar sus patologías y teniendo en cuenta dentro de lo posible, sus preferencias y gustos.

2 Objetivos

Dar a conocer los distintos tipos de dietas que se pueden dar en el ámbito hospitalario por parte del equipo de pinches de cocina hospitalaria

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Criterios de inclusión: Temática en español sobre dietas hospitalarias y el trabajo de los pinches. Criterios de exclusión: documentos publicados en idiomas distintos al español. Palabras clave: dietas terapéuticas, paciente y hospital.

4 Resultados

Las dietas que ofrecen los centros sanitarios pueden ser variadas, pero habitualmente pueden clasificarse de acuerdo a distintos criterios:

1. Según la duración estipulada:
- Temporales: Los pacientes estarán con esa dieta un tiempo.
- Permanentes: Los pacientes llevarán esa dieta toda la vida.

2. Según las necesidades terapéuticas del paciente:

- Normales o Basales: Se trata de una dieta estándar que se prescribe a los pacientes sin necesidades especiales.
- Terapéuticas: Se adaptan a la patología que presenta el paciente, ya que los alimentos, la forma de prepararlos, el contenido calórico etc.; puede variar dependiendo de sus necesidades.
- Dieta para diabéticos: Sería una dieta baja en Hidratos de Carbono y ausencia de Hidratos de Carbono Simples.
- Dieta Hipoproteica: En personas con enfermedades renales.
- Dieta blanda: Para pacientes con problemas de masticación etc.
- Absolutas: El paciente no puede ingerir nada por vía oral. Normalmente se coloca un cartel a la cabecera de la cama que pone NPB(Nada Por Boca)o NVO (Nada Vía Oral). Esta dieta incluye bebidas, no se puede comer ni beber nada. Está indicada para:
- Preparación para una operación quirúrgica.
- Postoperatorio inmediato.
- Hemorragias digestivas.
- Pruebas analíticas o exploratorias que precisen que el paciente esté en ayunas.

3. Según la consistencia de los alimentos:
- Líquida: Solo alimentos líquidos o considerados como tal: yogures, zumos, leche etc. Indicada en pacientes:
- Postoperados, una vez pasadas las primeras horas de ayuno.
- Pacientes que presentan fiebre, que no admiten otro tipo de alimentos.
- Pacientes con estrechamiento de esófago etc.
- Semiblanda: Incluye alimentos líquidos y semisólidos: purés, papillas y cremas. Está indicada después de una dieta líquida, para pasar a una dieta normal.
- Blanda: Contiene alimentos sólidos pero de consistencia blanda y que resulten fáciles de masticar: jamón york, tortilla francesa, pescado blanco etc. Está indicada como un paso más a la dieta normal, para personas con difícil masticación etc.
- Ligera: Se trata de alimentos prácticamente normales, pero evitando los de digestión difícil(los alimentos que son ricos en grasas, fritos, alimentos que forman gases como legumbres, repollo etc.). Está indicada en personas que todavía no pueden recibir una dieta que incluya todo tipo de alimentos.

4. Según el contenido calórico: En ocasiones se puede modificar el aporte calórico de la dieta para lograr que el paciente alcance su peso ideal:
- Dieta Hipocalórica: dieta baja en calorías. Se reduce el aporte calórico en más comidas al día, facilitando de esta manera la pérdida de peso. Están limitados: los

alimentos grasos, embutidos, dulces, salsas, guisos, frituras, bebidas alcohólicas o azucaradas etc. Los alimentos son pesados y se elaboran cocidos o a la plancha.
- Dieta Hipercalórica: Para elevar el aporte calórico. Se aumenta el consumo de los tres macronutrientes: Hidratos de Carbono, Proteínas, Lípidos o Grasas. Se trata de recuperar peso y masa musculas. Está indicada en personas muy delgadas y con mala nutrición generalmente.

5. Según modificación de nutrientes: A veces, según la patología que presenta el paciente, es necesario variar el tipo y cantidades de nutrientes con fines terapéuticos:

- Hipoproteica: se trata de una dieta pobre en proteínas. Quedan restringidos: lácteos, carne, pescado y huevos, aumentando el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales.

Está indicada en pacientes con problemas hepáticos y sobre todo renales.

- Hiperproteica: rica en proteínas. Esta dieta está constituida por: lácteos, huevos, carne y pescado. Indicada en pacientes que necesitan reparar tejidos (grandes quemados, con úlceras por presión, con heridas quirúrgicas etc.)y en personas que necesitan recuperar masa muscular como en pacientes con anorexia, deportistas etc.
- Hipoglucémica: pobre en Hidratos de Carbono. Está indicada en pacientes diabéticos. Se quitan los Hidratos de carbono simples (azúcares, dulces, miel)y se limitan o controlan los Hidratos de Carbono complejos(legumbres, féculas, frutas, cereales integrales. Debe restringirse el consumo de alcohol.)
- Hiposódica: pobre en sodio o sal. Para personas hipertensas, con enfermedades cardiacas, enfermos renales.
- Dieta pobre en Colesterol: se trata de reducir los alimentos ricos en colesterol como son: yema de huevo, embutidos, carne, lácteos enteros, carnes grasas, mariscos etc. Se recomiendan los pescados azules y frutos secos, aceites vegetales de semillas. Indicada en pacientes con hipercolesterolemia (colesterol elevado en sangre).
- Dieta astringente: dieta pobre en residuos. Se reducen los alimentos que proporcionan mayor cantidad de fibra y que aumentan los movimientos intestinales: verduras, hortalizas, leche, muchas de las frutas. Se incluyen: plátano, arroz cocido, patatas, zanahoria… Indicada para el tratamiento de la diarrea.
- Dieta laxante: abundante en residuos. Se incluyen alimentos ricos en fibra: verduras, frutas, cereales integrales y muchos líquidos. Indicada para pacientes con estreñimiento.

6. Dietas especiales:

- Dieta sin gluten: las personas que presentan intolerancia al gluten son los en1746

fermos celiacos. Se elimina todo alimento que contenga dicha proteína que contienen algunos cereales como trigo, centeno, avena y cebada. Las harinas pueden ser de maíz o arroz, y se pueden tomar legumbres, verduras, frutas, carnes, pescados, etc.

- Dieta pobre en purinas: Indicada en personas que presentan hiperuricemia (ácido úrico alto en sangre), puede ser porque producen ácido úrico en exceso o porque no lo eliminan bien. Se restringen alimentos que contienen muchas purinas: carnes rojas, vísceras, mariscos, embutidos, quesos curados y alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Como personal relacionado al entorno de la alimentación de pacientes, debemos conocer los diversos tipos de dietas que se dan en un centro hospitalario. Es bueno conocer también las patologías para las que están indicadas, ya que de esta manera contribuimos a una mayor eficacia en el trabajo en cocina, evitando errores en la elaboración de los menús a causa de introducir alimentos que no se deban, cantidades equivocadas o preparados de forma incorrecta y de esta forma, perjudiquen al paciente. Destacamos también la importancia de preparar los platos con el objetivo de que estos resulten atractivos al paciente aunque tenga falta de apetito.

6 Bibliografía

1. dieta Hospitalaria como instrumento para crear valor. Fuster,A., Lozano,M. Gac Sanit 2000.
2. Alimentación Hospitalaria. Iciar Astiasarán Anchía, Mercedes Muñoz Hornillos. Editorial Díaz de Santos, S.A., 20 Enero 2004.
3. Manual Cocina Hospitalaria para Pinches. Aula Xátiva Formación.
4. Pinches del Servicio Gallego de Salud. Editorial MAD.

Capítulo 521

PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA EN LA MARCHA ADELANTE EN LA COCINA DE UN HOSPITAL

MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ

RAUL DE LA FUENTE MILLA

RAMIRO LOPEZ FAJARDO

JOSEFA GARCÍA SALMERÓN

MELISSA PEDROSA GARCÍA

1 Introducción

Comenzamos este capítulo, enfocándonos en La organización de la cocina y el trabajo que llevan a cabo los pinches, responderá a varios criterios básicos tales como: las actividades a realizar en el lugar, el número de comensales y sus características propias y personales, o la capacidad del establecimiento en el que se encuentren.

En este sentido, en el ámbito hospitalario encontramos diferentes modelos de cocinas, siendo los más habituales los que se describen a continuación:

- Interiorización o autogestión: su gestión es responsabilidad exclusiva del centro de salud. Hay dos tipos: cocinas centralizadas, donde todos los procesos y etapas se desarrollan en el propio hospital; y descentralizadas, donde la preparación se

realiza de forma centralizada, en lugar de descentralizada, por diferentes departamentos y áreas.
-Tercerización: La gestión está a cargo de una empresa pública o privada. Encontramos dos tipos: preparación externa o catering, donde la comida es preparada por empresas privadas en sus instalaciones privadas y finalmente distribuidas a diferentes hospitales y eventualmente a restaurantes; y la comida preparada internamente es cuidadosamente preparada en las instalaciones del hospital. En este último caso, se han añadido tres variantes, según si toda la gestión de la cocina y del personal la realiza una empresa externa, la realiza el propio centro o se realiza de forma conjunta.

2 Objetivos

- El objetivo principal del presente trabajo es analizar las ventajas de un modelo organizacional de cocina hospitalaria basado en la centralización de funciones.
- Describir de forma exhaustiva el concepto de “marcha adelante”.

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

A. Concepto de ”Cocina Central”
Las investigaciones demuestran que una cocina central en un entorno hospitalario es fundamental e imprescindible para que un paciente pueda cubrir una de sus necesidades básicas: la alimentación. Una cocina central es una forma de organización en la que todos los pasos principales de la cocina, desde el suministro de ingredientes hasta la distribución de comidas listas para comer, se llevan a cabo en un solo lugar (las personas se distinguen claramente en términos de sus funciones). Esto asegura que se eliminen los destinos intermedios (oficina) y se entreguen los alimentos al paciente en óptimas condiciones, incluyendo

higiene, apariencia y temperatura. Las etapas antes mencionadas por las que pasa la cocina central son las siguientes:
Principales eventos, recoger, almacenar y consumir. Preparar, cribar, cubrir y distribuir. A nivel de clasificación, las cocinas centrales se pueden dividir en dos grupos diferentes:
Cocina central en cadena de frío: incluye transporte de alimentos fríos y regeneración de alimentos en destino. Estufa central hotline: La temperatura de la vajilla no debe bajar de los 65 ℃. El incumplimiento de estas instrucciones puede provocar una intoxicación alimentaria. Requisitos y características de las cocinas centralizadas
Los sistemas de cocina centralizada deben cumplir ciertos requisitos y características. En cuanto a los requisitos, son los siguientes:
Separación de actividades de cocina (limpieza de circuitos sucios): se deben mantener separadas las actividades que puedan dar lugar a contaminación (por ejemplo, zonas de recepción, almacenamiento y cocina, platos o distribución). Separación de áreas de trabajo: Como se mencionó anteriormente, las áreas de trabajo también deben estar segregadas para evitar la contaminación cruzada. Para que la cocina funcione de manera efectiva, todas las áreas deben estar conectadas y conectadas correctamente. Cortocircuito: Todas las operaciones tendrán el menor número de pasos para evitar posibles contaminaciones. Transición: Este concepto es fundamental para una cocina centralizada, obligando a que todas las actividades se realicen en una secuencia fija, en una dirección de progresión y sin posibilidad de retorno. Esto evitará la intersección de ”área sucia” y ”área limpia” y evitará la formación de contaminantes que pueden ser perjudiciales para la salud del usuario final. En cuanto a las características de la estufa centralizada, se describen a continuación:
Debe haber fácil acceso desde el área de recolección de materiales a la cocina y entre la cocina y el área de distribución. La ventilación es necesaria y posiblemente natural o artificial, necesita un sistema de innovación aérea para eliminar el vapor y las parejas que usan la cocina. Además, el flujo siempre debe estar en la dirección de ”limpio a sucio”. Windows debe tener una red para evitar introducir insectos externos. El equipo debe organizarse y distribuirse para facilitar la limpieza y la desinfección después del uso. No deben deslizarse hasta el suelo ni inclinarse hacia el desagüe.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que una cocina centralizada requiere mucha inversión técnica y económica que una cocina descentralizada. Esta inversión dará sus frutos a corto plazo con múltiples beneficios. Entre otras cosas, el control económico se puede facilitar al tener cierto margen de maniobra para los procesos de gestión y administración.
Mejor aprovechamiento de la energía, que será gestionada de forma más eficiente.
Ahorra materias primas.
Hacer un mejor uso de los recursos humanos del servicio y mejorar su desempeño laboral.
Se ha mejorado significativamente la programación de los menús, teniendo en cuenta los aspectos nutricionales y utilizando una variedad de técnicas de cocción adecuadas a la edad y características del paciente.

6 Bibliografía

1. Bejarano-Roncancio, J. J., Cortés-Merchán, A. J., & Pinzón-Espitia, O. L. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. Perspectivas en Nutrición Humana, 18(1), 77-93.
2. Callejas, M. J. G. (2013). Gestión de la seguridad alimentaria en cocinas hospitalarias. AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.
3. Gonzáles, J., Rodrigo, A., Rivera, J., Ochoa, O., & Roig, C. (2006). Ayudantes de cocina.

Capítulo 522

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS SUSCEPTIBLES DE REACCIONES

MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ

RAUL DE LA FUENTE MILLA

RAMIRO LOPEZ FAJARDO

JOSEFA GARCÍA SALMERÓN

MELISSA PEDROSA GARCÍA

1 Introducción

Las reacciones adversas a alimentos (en adelante RAA) se definen como reacciones que se presentan después de ingerir, tocar o inhalar ciertos alimentos o compuesto de ellos. Según la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP) se pueden clasificar en reacciones tóxicas (que dependen directamente de un alimento contaminado y afecta a cualquier persona) o no tóxicas (reacciones alérgicas e intolerancia debidas a la sensibilidad de la persona y no al alimento en sí). Si bien en la mayoría de los casos la exposición a

los alérgenos puede ocasionar respuestas clínicas leves tales como urticaria, en otros, puede provocar un shock anafiláctico e incluso la muerte.
El número de personas que presentan ese tipo de reacciones en los países desarrollados ha crecido de forma apreciable en los últimos años. Se estima que su prevalencia en Europa es de aproximadamente el 4-6% de la población infantil y el 1-3% de la población adulta. Aunque no existan estudios precisos en España, podemos afirmar que las personas hospitalizadas por otras patologías susceptibles de desarrollar una RAA representan un porcentaje no desdeñable de los pacientes ingresados a los que hay que asegurar la inocuidad de los alimentos ingeridos. Por ello, es imprescindible que el personal de servicio de cocina sea consciente de que no trabaja de forma aislada y que su intervención es particularmente relevante en cuanto a seguridad alimentaria y prevención de RAA, para no comprometer la recuperación de los enfermos en situación de vulnerabilidad por sus patologías previas.

2 Objetivos

- Demostrar la importancia de la colaboración de todas las partes implicadas, especialmente de los pinches, para proporcionar la seguridad alimentaria a los pacientes, a través de protocolos exhaustivos.
- Analizar el papel fundamental del uso de aplicaciones o software informáticos para la gestión de los pacientes con RAA.

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 estudio demuestra la importancia de asegurar la inocuidad de los alimentos proporcionados a los pacientes ingresados susceptibles de presentar reacciones adversas alimentarias, gracias al trabajo conjunto de los actores implicados, al

uso de las nuevas tecnologías y a la capacitación de los personales de servicio de las cocinas hospitalarias.

En primer lugar, cabe destacar el carácter esencial de la colaboración multidisciplinaria, incluyendo al conjunto de profesionales que participan a cualquier nivel en la restauración de los hospitales y la nutrición de los pacientes; cada profesional es complementario y necesario. La gestión de la alimentación y nutrición del paciente tiene que organizarse en el seno del equipo y no de forma parcelada, a través de protocolos determinando las responsabilidades y las modalidades de transmisión de la información entre los distintos actores.

En el momento del ingreso del paciente, incumbe a éste o a algún familiar suyo declarar la existencia de la RAA para que el auxiliar la registre en su historial y lo incluya en la base de datos con las demás informaciones pertinentes que tendrán un impacto en la comida servida: edad del paciente, dieta, posibles aversiones, etc. Hace falta que dichos datos sean completados y actualizados correctamente. Al hacerlo, el alérgeno del paciente se elimina de la dieta.

En cuanto al estado nutricional del paciente, se evalúa vía pruebas clínicas y/o biológicas que varían, según la patología, de acuerdo con las recomendaciones profesionales vigentes en la especialidad de que se trate. La responsabilidad de la prescripción nutricional recae en el médico y la elaboración de la dieta incumbe al nutricionista que transmite la dieta apropiada para cada paciente al servicio de restauración hospitalario. Allí, el personal de servicio encargado de la elaboración y distribución de las comidas actuará según el protocolo establecido. Dicha colaboración multidisciplinar permite obtener una organización eficiente de los profesionales involucrados, en beneficio del paciente.

Dada la complejidad de la alimentación en los hospitales (debida, entre otras cosas, a la multitud de dietas existentes) y la necesaria coordinación interdisciplinar (que se puede ver dificultada por la lejanía geográfica de los servicios implicados), las nuevas tecnologías, tales como aplicaciones o software de gestión, adquieren un especial protagonismo ya que ofrecen un vínculo entre los distintos miembros de los equipos que intervienen en la atención al paciente. Son también el complemento idóneo al método de control de Análisis de Puntos Críticos (PCC), vigente en el servicio de restauración, y diseñado para evaluar los peligros, porque facilitan, entre otras cosas, la logística que rodea a las RAA. Una vez que un alérgeno se asocia con un producto de la aplicación o software, el producto no será introducido en la dieta del paciente. De esta forma, se identifican y previenen los riesgos inherentes a la ingesta de alimentos con alérgenos.

En la cocina hospitalaria, el uso de una herramienta informática presenta otras ventajas ya que permite informar en tiempo real sobre la composición de la co-

mida elaborada desde su composición nutricional al proceso de cocción, pasando por la presencia o no de alérgenos, etc. Además, constituyen una excelente herramienta para proporcionar al paciente información sobre los alérgenos potenciales y cumplir de esta forma con el Reglamento (UE) nº 1169/2011 en relación a la información que se debe facilitar al consumidor sobre alergias e intolerancias alimentarias y, en su caso, con la norma UNE-EN ISO 22000:2018 sobre gestión de la inocuidad de los alimentos. De este modo, se puede evaluar en todo momento el riesgo del paciente.

En tercer lugar, y no menos importante, cabe destacar el papel crucial que desempeña el personal del servicio de restauración hospitalaria en la prevención de las

RAA en los pacientes, desde el jefe de servicio de cocina al pinche/auxiliar de servicios, ya que son ellos los encargados de preparar, cocinar, emplatar los alimentos y mantener la higiene de la cocina. Aunque el personal deba cumplir con el Codex Alimentarius, unos protocolos estandarizados y unos planes de control exhaustivos de limpieza, desinfección y alérgenos, el personal de dicho servicio tiene que ser capaz de personalizar las dietas, sabiendo gestionar los pedidos de dietas sin alérgenos y conocer en todo momento los aspectos generales de las RAA para preservar la salud de los pacientes ingresados. Para ello, resulta imprescindible que dispongan de toda la información necesaria y cuenten con una formación adecuada y actualizada con el objetivo de dotarles de los conocimientos y la capacitación necesarios para:

- Conocer la legislación vigente en materia de higiene alimentaria y alérgenos de obligado cumplimiento (particularmente Reglamento (UE) nº 1169/2011, del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011).
- Identificar los distintos alérgenos alimentarios existentes y conocer los ingredientes alternativos que se pueden utilizar en la elaboración de las comidas con la ayuda de fichas técnicas y sistema de gestión informática.
- Concienciarse de los posibles riesgos que entraña la presencia de alérgenos en los alimentos.
- Establecer un adecuado sistema de control de alérgenos siguiendo la trazabilidad de la materia prima desde su recepción hasta su emplatado.
- Proceder a una adecuada manipulación de los alimentos e identificar los puntos críticos para prevenir la contaminación cruzada durante la preparación, el almacenamiento, la elaboración o el emplatado.
- Identificar las buenas prácticas de higiene tanto personales como de las instalaciones e utensilios.
- Entender la información presente en el etiquetado de los productos utilizados

para conocer bien qué ingredientes contienen o los que excluye.
- Dar al paciente la información requerida por la legislación (por ejemplo, a través de tarjetas de emplatado que acompañan las bandejas que se sirven a los pacientes).
- Comprender la necesidad de aplicar las medidas definidas.

5 Discusión-Conclusión

Dada la alta probabilidad de tener pacientes ingresados con RAA en los hospitales resulta necesario garantizar la ausencia de alérgenos en las comidas que se les propone desde el servicio de restauración. Aunque no exista el riesgo cero en materia de alergias, la aplicación del sistema de autocontrol existente del tipo APPCC y el cumplimiento de la legislación en la materia permiten garantizar en gran medida la seguridad alimentaria de los pacientes.
Sin embargo, tal como se ha demostrado resulta también imprescindible la colaboración de todos los actores que intervienen en la alimentación del enfermo.
Para ello, la implementación de sistemas de gestión informática es ineludible ya que permiten crear un nexo entre el paciente y el equipo hospitalario y entre los propios integrantes de equipo multidisciplinar. Es también fundamental la concienciación del personal de servicio de las cocinas hospitalarias sobre la importancia de su papel en la gestión de los pacientes alérgicos gracias a una formación exhaustiva en materia de higiene alimentario y alérgenos.
En ese sentido, cada trabajador es un eslabón más en la cadena de la restauración hospitalaria y el pinche, al igual que el personal sanitario, es esencial para contribuir a la seguridad de los pacientes que presentan reacciones adversas a alimentos.

6 Bibliografía

1. Caracuel García, Ángel Manuel. Normalización en la Alimentación Hospitalaria Nutrición Hospitalaria [Internet]. Vol. 31, núm. 5, 2015, pp. 41-47. Disponible en: http://www.nutricionhospitalaria.com
2. De Diego Blanco BS. Atención a comensales con dieta específica en los servicios de restauración a colectividades [Attention to diners with specific dietary needs in mass catering services]. Nutr Hosp. 2018; 35(Nº Extra. 4):130-135. Published 2018 Jun 12. doi:10.20960/nh.2138. Disponible en: https://www.nutricionhospitalaria.org

3. De la Cruz Silvia, González Isabel, García Teresa, Martín Rosario. Alergias alimentarias: Importancia del control de alérgenos en alimentos. Revista Nutrició

Capítulo 523

EN SINDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LAURA CUESTA ESTRADA

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano (STC) consiste en la compresión del nervio mediano en dicho espacio anatómico, siendo la neuropatía por atrapamiento más frecuente. Se produce con más frecuencia en el sexo femenino y presenta un claro componente ocupacional, estando el trabajo con ordenadores altamente relacionado en su génesis o empeoramiento, por lo que el personal administrativo, presenta un mayor riesgo de patologías músculoesqueléticas en general y del STC en particular, debido a movimientos repetitivos en su trabajo frente al ordenador tanto en el uso del teclado como con el ratón.
La ergonomía puede definirse como la ciencia encargada de adaptar las condiciones y exigencias del trabajo a la capacidad de los trabajadores evitando lesiones y trastornos asociados.
Un programa de prevención primaria dirigida a evitar aquellas patologías cuyo mecanismo de lesión se relaciona con los movimientos repetidos y acumulados a lo largo de las jornadas laborales resulta fundamental ya que no solo mejora la slaud y calidad de vida de los profesionales, en este caso administrativos, si no que a su vez redunda en un mejor rendimiento y productividad laboral y posiblemente, en una mayor calidad asistencial. Conseguir reducir exposiciones repetidas a los factores de riesgo en el trabajo y corregir aquellas condiciones laborales deficitarias, puede resultar fundamental.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer qué medidas preventivas pueden ayudar a evitar el desarrollo o contribuir a agravar el STC en el personal administrativo, así como conocer el aporte desde el punto de vista de la ergonomía a su prevención.

3 Metodología

Estudio de revisión narrativa basada en la búsqueda bibliográfica durante los meses de junio a septiembre, de publicaciones científicas indexadas en las bases de datos Scielo, Cuiden, en el recurso Fisterra y en el motor de búsqueda Google Académico, utilizando como términos de búsqueda las palabras clave obtenidas de los descriptores de la salud (DeCS): "síndrome del túnel carpiano", "ergonomía", "enfermedades musculoesqueléticas", "personal administrativo", "salud laboral", "prevención primaria". Cuando fue necesario se utilizaron sus respectivas traducciones al inglés. Los operadores booleanos utilizados como unión de los términos elegidos fueron "AND" y "OR". Se seleccionaron trabajos publicados en los últimos 5 años y se restringieron por idioma, seleccionando aquéllos en castellano, inglés y portugués, y cuyo acceso fuera libre y completo. Además se completó la búsqueda con una revisión de artículos en revistas relacionadas con la salud laboral, eliminando artículos duplicados.

4 Resultados

Los movimientos repetitivos durante largos periodos de tiempo pueden conllevar a la compresión del nervio mediano, uno de los principales nervios que pasa por la muñeca y la mano provocando un trastorno denominado STC, siendo la neuropatía por atrapamiento más frecuente. Esta patología puede ser aguda o crónica, siendo esta última mucho más común y con síntomas más persistentes. Entre sus factores de riesgo los hay no modificables como el sexo femenino que presenta una mayor incidencia de casos, pero otros que si pueden ser modificados o tratados y cuyo conocimiento y trabajo sobre ellos desde la prevención primaria resulta primordial. Los factores organizativos, laborales y psicosociales también son relevantes. Por lo tanto el STC debe de ser evaluado no como consecuencia de un solo factor, sino que todos deben ser evaluados en conjunto y abordados de forma integral.
Su alta prevalencia se asocia con discapacidades desde sus fases iniciales. Esto puede suponer una merma para el trabajador afectando a su salud, pero también

para las empresas, aumentando el número y duración de las bajas médicas de los profesionales o afectando a la productividad, pudiendo repercutir todo ello en la calidad asistencial del paciente en el contexto del personal administrativo del ámbito sanitario.

Entre sus síntomas se encuentran dolor agudo, con inicio o empeoramiento durante el descanso nocturno, que despiertan al paciente por la noche y mejoran sacudiendo las manos o poniéndolas hacia abajo; también puede verse agravado por ciertas actividades como puede ser coger el teléfono, o utilizar el ordenador. Además suele presentar de forma asociada alteraciones sensitivas y motoras, con parestesias, hormigueo y debilidad progresiva, disminuyendo la capacidad funcional de forma variable.

Si bien su origen es multifactorial entre sus factores de riesgo se encuentran los movimientos repetitivos y forzados de la musculatura flexoextensora de la muñeca así como posturas estáticas, viéndose agravado por técnicas de trabajo deficitarias o por el uso de herramientas inadecuadas.

El diagnostico precoz ayuda a un tratamiento más rápido, corto, efectivo y menos agresivo y que puede evitar la aparición de una impotencia funcional permanente. Se basa en la clínica, la exploración física, el estudio electromiografico y la ultrasonografia..

En cuanto a su tratamiento el primer escalón consiste en un tratamiento conservador con reposo, antiinflamatorios u otros fármacos, uso de férula en posición neutra, kinesio Taping u ortesis, infiltraciones y finalmente la cirugía.

El STC puede ser considerado un problema de salud laboral, no solo en su origen y prevención sino también por la disminución en la productividad que puede asociar, ya que las bajas por enfermedad o incapacidad crónica aumentan el absentismo y la pérdida económica y productiva.

Medidas preventivas:

- Evaluar el estado del paciente.
- Factores de riesgo individuales: conocer y tratar, siempre que sea posible los factores etiológicos asociados tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, el tratamiento con anticonceptivos orales…
- Evitar estilos de vida sedentarios. Recomendar hábitos extralaborales saludables.
- Control en el uso de pantallas y móviles en el tiempo de ocio o de otras actividades que requieran el uso repetido de la muñeca.
- Conocer y analizar las condiciones ergonómicas del trabajo.
- Adecuado diseño de los ambientes, herramientas y puestos de trabajo: uso de teclados especiales y ergonómicos, separados de las pantallas, soportes para la muñeca para favorecer una posición neutra de ésta evitando su hiperextensión,

existencia de espacio suficiente delante del teclado para un apoyo correcto.
- Proporcionar periodos de descanso regulares y minimizar movimientos de repetición.
- Posición ergonómica adecuada: buena postura, miembro superior y columna vertebral ajustando correctamente antebrazos y manos, muñeca en posición neutra.
- Ejercicios de relajación y fortalecimiento de mano y muñeca: un ejercicio para estirar los músculos de la mano y de la muñeca puede ser juntar las palmas de las manos, entrelazar los dedos, estirar los brazos y rotar las muñecas en dirección a la pantalla con la mano en posición horizontal frente a la pantalla.
- Programas específicos e integrales de evaluación y control del riesgo en relación con las lesiones musculoesqueléticas y más concretamente con el STC.

5 Discusión-Conclusión

El STC a pesar de ser una enfermedad crónica y multifactorial, puede beneficiarse de mejoras en los estilos de vida cotidianos y en las condiciones laborales. Es importante conocer los factores de riesgo y actuar antes de que se produzca el trastorno siendo importante la prevención primaria de la enfermedad.
Crear hábitos saludables al trabajar, readaptar o mejorar las condiciones laborales, optimizar recursos materiales, humanos y sanitarios, o hacer cambios en la organización, puede repercutir favorablemente en la salud del trabajador mejorando su calidad de vida, afectando de forma positiva también a la empresa, al mejorar su rendimiento laboral y la calidad asistencial en su trabajo, influyendo de forma positiva en la atención al paciente.
Conocer e implementar programas integrales preventivos y formativos ergonómicos, que incluyan al propio personal administrativo, empoderándolo, resultará fundamental en el éxito de dicha intervención, pudiendo ser eficaces al evitar o reducir daños asociados a las lesiones musculoesqueléticas y sus secuelas posteriores, reduciendo tiempos de recuperación y disminuyendo cargas de trabajo y consumo de recursos.

6 Bibliografía

1. Araya-Quintanilla F., Polanco-Cornejo N., Cassis-Mahaluf A., Ramírez-Smith V., Gutiérrez-Espinoza H.. Efectividad de la movilización neurodinámica en el dolor y funcionalidad en sujetos con síndrome del túnel carpiano: revisión sistemática. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Feb [citado 2022 Ago 19] ; 25(1): 26-

36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000100026&lng=es.
https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3567/2017.
2. Urrejola-Contreras GP, Pérez Casanova DC, Pincheira Guzmán EF, Pérez Lizama M, Ávila Rodríguez A, Zambra Boris G. Desorden músculo esquelético en extremidad superior: valoración de riesgos e intervención en trabajadores del área industrial. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2021 [citado 2022 Ago 19] ; 30(1): 63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552021000100063&lng=es.
Epub 10-Mayo-2021.
3. Roel-Valdés J, Arizo-Luque V, Ronda-Pérez E. Epidemiología del síndrome del túnel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante: 1996-2004. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2006 Ago [citado 2022 Ago 19] ; 80(4): 395-409. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400009&lng=es.
4. Hernández Duarte WA, Avendaño Avendaño SB, Godoy Vanegas FJ. Factores de riesgo asociados a desórdenes musculoesqueléticos en miembros superiores en personal de salud. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2021 [citado 2022 Ago 19] ; 30(3): 307-317. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552021000300006&lng=es.
Epub 20-Dic-2021.
5. Meijuan Z, David T B.Neuropatía del mediano (síndrome del túnel carpiano). En: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD,Director. Manual de medicina física y rehabilitación, Trastornos musculoesqueléticos, dolor y rehabilitación. 4ªed. Barcelona:Elsevier;2019.p. 191-196. FRCP. ISBN: 978-0-323-54947-9
6. Rodríguez Pago, C.Síndrome del tunel carpiano.[intenet].Fisterra [consultado el 19 de agosto del 2022]. Disponible es: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindrome-tunel-carpiano/
7. Jiménez del Barrio S, Bueno Gracia E, Hidalgo García C, Estébanez de Miguel E, Tricás Moreno JM, Rodríguez Marco S, Ceballos Laita L.Tratamiento conservador en pacientes con síndrome del túnel carpiano con intensidad leve o moderada. Revisión sistemática.Neurología. 2018;33(3): 590-601
8. Cabezas-García HR, Torres-Lacomba M.Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en profesionales de los servicios de rehabilitación y unidades de fisioterapia. Fisioterapia.2018;40(3):112-121
9. Conference abstract. Singborvonnan T, Suthakorn W, Wisutthananon A. Effect of Motivational Interviewing on Work-Related Musculoskeletal Disorder Prevention Behaviors Among Computer Workers. Saf Health Work.2022;13Suppl:S155.

https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.1237
10. Songkham W. The effect of an ergonomics intervention on psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among health care workers in Thailand. Saf Health Work.2022;13Suppl;S83. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.1003
11. Ding Y, Cao Y, Duffy VG, Zhang X. It is Time to Have Rest: How do Break Types Affect Muscular Activity and Perceived Discomfort During Prolonged Sitting Work. Saf Health Work.2020;11(2):207-214
12. Omrane A, Harrathi C, Ernez S, Zarai M, Mahfoudh A, Khalfallah T. Health Related Quality of life among female office workers. Saf Health Work.2022;13Suppl:S308. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.1715
13. Puig Aventin V, Gallego Fernández Y, Moreno Moreno MP. Prevención de Trastornos Musculoesqueléticos mediante la mejora de Hábitos Posturales: experiencia en el colectivo de limpieza. Arch Prev Riesgos Labor.2020;23(2):164-81 . https://doi.org/10.12961/aprl.2020.23.02.04

Capítulo 524

EL CELADOR EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA

MARIO LÓPEZ LÓPEZ

ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

CARMEN CERVILLA ROLDÁN

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN

VÍCTOR GUILLÉN SORIA

1 Introducción

Podemos definir al celador como aquel trabajador que, en un centro de atención primaria o en un centro de atención especializada, se ocupa de cuidar el seguimiento de las normas y el respeto del orden, así como la realización de otras labores de apoyo.

El radiodiagnóstico (diagnóstico por imagen) o como más comúnmente se conoce como radiología, es el área de la medicina cuya labor es la de elaborar imágenes de la parte interna del cuerpo humano utilizando diversos elementos físicos, entre los que podemos citar los rayos X, ultrasonidos y los campos magnéticos. El resultante de estas técnicas serán utilizados para la diagnosis de la enfermedad, principalmente, y para la prognosis y la terapia de la misma de manera secundaria.

En la Unidad de Radiología trabajan muchas personas, tales como son los radiólogos, que se tratan de los profesionales médicos cuya labor es revisar la prueba

radiológica, explicar y aclarar la imagen médica. También se encuentran los técnicos en radiología que están a cargo de elaborar las imágenes médicas. Y además entre ellos están los celadores, los cuales son los encargados de llevar a cabo una serie de funciones especialmente determinadas para ellos, algunas de las cuales son habituales a las que se ejercen en los distintos servicios en los que pueden ser destinados.

2 Objetivos

Indicar las funciones del celador en el servicio de Radiología, así como su cooperación con el resto de personas destinadas en el área de trabajo de radiodiagnóstico

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: Subred, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como norma general, el colectivo de celadores estarán dispuestos en base a las áreas médicas en las que sean destinados. Para el tema que aquí se ocupa se fijará la atención en el servicio de Radiología. Las funciones del celador en este servicio son a grandes rasgos las siguientes:

- Comprobar la correcta identidad del paciente mediante el nombre, apellidos y número de habitación (si se trata de un paciente ingresado en el hospital) o si se trata de un enfermo procedente del servicio de Urgencias. En caso de que el enfermo se encuentre consciente y orientado, confirmará su identidad. En caso contrario, hará uso de la pulsera identificativa del paciente.
- Llevar a los pacientes desde el área o planta de hospitalización correspondiente hasta Radiología y al contrario, sin descuidar en absoluto de que cada enfermo vaya acompañado de su correspondiente documentación clínica necesaria, la cual deberá ser proporcionada al celador por la enfermera de la unidad de origen.

- Comunicar al personal de enfermería de la planta que se va a transportar al paciente a Radiología.
- Verificar si el paciente se encuentra bajo alguna clase de aislamiento, como por ejemplo ”de contacto”, ”aéreo”, etc.; adoptando las medidas de protección pertinentes como son la bata, guantes, etc.
- Transportar a la mayor brevedad posible los mensajes orales, correo, objetos, documentos y/o cartas que les entreguen sus superiores.

- Verificar a lo largo del transporte del paciente que la totalidad de elementos sanitarios que van con el enfermo (bala de oxígeno, vía, sonda vesical y su bolsa de drenaje, etc.) se encuentra en perfectas condiciones e informar de cualquier anomalía al personal correspondiente que ocurriese a la hora de transportar al enfermo.
- Ayudar al técnico de Radiología a la hora de colocar al paciente de la forma más apropiada para la prueba que se va a llevar a cabo, prestando especial atención a los pacientes inconscientes o que tengan dificultad para moverse. Preguntar a los pacientes si son capaces de levantarse de la camilla en la cual van transportados. Preguntar si son capaces de caminar o necesitan una silla de ruedas, etc.; a las personas provenientes del servicio de Urgencias.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de ejecutar las labores que les sean encomendadas en las diferentes áreas y especialidades médicas, es importante que el celador posea una serie de competencias, destrezas y nociones comunes.
- Pertenecer a un grupo de trabajo y colaborar con todos sus integrantes.
- Atención al paciente: en este sentido el celador mostrará empatía con el paciente e intentará resolver las necesidades que el mismo le proponga. Hay que tener en cuenta que el celador evitará en todo momento efectuar explicaciones o explicaciones, a la familia o a las visitas que reciban los pacientes, referentes a diagnósticos, pruebas, terapias que estén recibiendo los mismos, y en ningún caso deberá comunicar datos en relación a la prognosis de su estado de salud. En tales casos, el celador guiará tales cuestiones hacia el personal facultativo que esté a cargo del paciente.
- Cumplir con las reglas existentes en el servicio de Radiología y estar localizado en todo momento.

6 Bibliografía

1. www.coreradiologico.com.
2. www.auxiliar-enfermeria.com.
3. www.educaweb.com/profesion/celador-125.
4. Cernuda J, Calvo Temprano D. El celador en un servicio de Radiodiagnóstico.
5. Ginés M, Programas de Calidad Total para Servicios de Radiodiagnóstico. Todo Hospital nº 165. 2000.

Capítulo 525

EL CELADOR DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES

MARIO LÓPEZ LÓPEZ

ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

CARMEN CERVILLA ROLDÁN

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN

VÍCTOR GUILLÉN SORIA

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos, también llamada unidad de críticos, es aquella sección dentro de un centro de asistencia médica u hospital dedicada a brindar atención a pacientes con problemas de salud de mayor gravedad o potencialmente mortales. Estos pacientes requieren una monitorización más continuada y completa de sus constantes vitales, mayor soporte vital, como fármacos intravenosos, alimentación a través de una sonda nasogástrica o bien ventilación mecánica si no pueden respirar por sí mismos. Esta unidad cuenta con mayor cantidad de aparataje médico, desfibriladores artificiales, monitores cardíacos, o respiradores.

De todo ello podemos deducir que en la unidad de cuidados intensivos se hace necesario el trabajo de multitud de personal, desde intensivistas, enfermeras, aux-

iliares, celadores, etc. Los cuales han de estar muy bien preparados, pues los pacientes aquí internados requieren una atención muy singular. A lo largo del presente texto se analizarán las funciones que recaen sobre el celador en la unidad de críticos.
La función del celador en la unidad de cuidados intensivos requiere un especial conocimiento de a la hora de movilizar a los pacientes, debido a su comprometido estado de salud, por lo que debe conocer exhaustivamente las maniobras a la hora de realizar cambios posturales o técnicas médicas o de enfermería, pues es un miembro mas del equipo de esta unidad.

2 Objetivos

-Listar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de cuidados intensivos.
-Explicar concisamente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en las unidad de críticos.
-Llamar la atención sobre el valor del celador en la unidad de críticos, necesario para el correcto funcionamiento de la unidad.

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 celador que vaya a realizar su labor en la unidad de cuidados intensivos, por las características de esta unidad y el vulnerable estado de sus pacientes, pues algunos están en estados de conciencia disminuida, en estado posoperatorio, o atravesando grandes dolencias; ha de estar muy bien preparado, con la formación adecuada en la realización de cambios posturales y traslado de enfermos. Además, deberá cuidar que su uniforme se encuentre en perfecto estado, cambiarlo cuando sea necesario y utilizarlo exclusivamente en la unidad de críticos y sus anejos, jamás ir a la cafetería o salir del hospital con él, debido al riesgo de trasmisión

de infecciones nosocomiales y patógenos multirresistentes, y, por la propia susceptibilidad de los pacientes ingresados en esta unidad a contraer este tipo de infecciones, el celador cambiara periódicamente su uniforme y utilizará protección extra necesaria como EPIS, gafas de protección, mascarillas FPP2, gorro de quirófano o guantes cuando la condición del paciente lo requiera.
A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.
El celador trasladará a los pacientes desde la planta o unidad correspondiente hasta la sala de cuidados intensivos cuando sea necesario, así como toda la documentación necesaria para la asistencia del paciente, su identificación, y los dispositivos que el paciente necesite y/o ya lleve consigo, como la vía y el gotero, o el sistema de monitorización. Además, trasladará a los pacientes cuando estos necesiten salir puntualmente fuera de ella, como por ejemplo si fueran necesarias pruebas complementarias o cirugía, o cuando el paciente reciba el alta. el celador deberá conocer las posturas más adecuadas para llevar a cabo dichas movilizaciones y evite dolor o lesiones innecesarias a los pacientes de esta unidad.
El celador se encargará de trasportar todos los dispositivos médicos necesarios, como máquina portátil de rayos X, ecógrafo portátil, monitores, carritos, respiradores, desfibriladores etc, tanto desplazamientos dentro de la propia unidad de cuidados intensivo como fuera de ella, cuando la situación lo requiera.
El celador asistirá al personal sanitario cuando este requiera de sus servicios, por ejemplo, cuando sea necesario inmovilizar a un paciente en una determinada posición para la realización de pruebas complementarias, o cuando sea necesario que el celador sostenga algún aparato médico.
Es de vital importancia que el celador contribuya a no empeorar la salud de los pacientes críticos de esta unidad, conociendo bien los protocolos de asepsia y siguiendo rigurosamente y de forma profesional las órdenes de los superiores.

5 Discusión-Conclusión

En la unidad de cuidados intensivos se encuentran los pacientes más vulnerables, con patologías graves, que requieren cuidados y vigilancia mucho más estrecha que los pacientes internados en planta, es por ello que el personal que trabaja en esta unidad ha de estar muy bien preparado, instruido en las medidas y prácticas correctas de asepsia y antisepsia, movilización correcta de pacientes etc., esto incluye también al celador, una figura esencial en todas las secciones del hospital, y que en la unidad de críticos su contribución ayuda a que esta funcione de forma adecuada, ya sea ayudando a movilizar a los pacientes, transportándolos

a donde sea necesario, o moviendo inmobiliario o aparatos médicos donde estos sean requeridos.

6 Bibliografía

1. El Celador en la Unidad de Cuidados Intensivos - SINFSA. (n.d.). Retrieved July 11, 2022, from https://sinfsa.com/producto/el-celador-en-la-unidadde-cuidados-intensivos/
2. Celadores en la Unidad de Cuidados Intensivos - II Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2022: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved July 11, 2022, from https://congresosicepa.com/celadores-cuidados-intensivos/</div

Capítulo 526

LA ACTUACION DEL CELADOR EN EL ENDEREZAMIENTO DE PACIENTES DEPENDIENTES

MARIO LÓPEZ LÓPEZ

ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

CARMEN CERVILLA ROLDÁN

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN

VÍCTOR GUILLÉN SORIA

1 Introducción

No todos los pacientes pueden posicionarse en la cama o en la silla como ellos quisieran ya que, por sus circunstancias de enfermedad, a veces requieren de la ayuda y colaboración del profesional tanto sanitario o no sanitario.
Debido a muchas variantes y patologías el paciente se puede encontrar encamado o en silla y que por el paso del tiempo en esta situación y la incomodidad o discapacidad que pueden sentir o tener se van descolocando de la posición inicial en la que se les dejo posicionados
En cuanto a este capítulo nos centraremos en el enderezamiento que es una de las actuaciones del profesional sanitario y no sanitario que más ejecutamos y practicamos y que va a consistir en posicionar correctamente al paciente cuando

está mal posicionado debido a movimientos de este o deslizamientos por la prolongación en el tiempo de la misma posición tanto en la silla o en la cama.
En la mayoría de las ocasiones esto se debe, porque el paciente se desliza hacia la parte de los pies en la cama o hasta el borde en el asiento de la silla. No debe ejecutarse el acto de levantar al paciente, se practica siempre deslizándolo correctamente y siempre se deben evitar el rozamiento o los golpes al poner en práctica esta técnica de la movilización en el enderezamiento

2 Objetivos

Describir paso por paso la Técnica del Enderezamiento del paciente en distintos casos (paciente colaborador, no colaborador y enderezamiento del paciente en silla).

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

Enderezamiento en cama del paciente que va a colaborar puesto en práctica por un solo profesional
• Solo se precisa de un profesional para subirla o enderezarla
• El profesional se posiciona junto a la cama del paciente a la altura de su cadera
• Pedir al paciente que se agarre con sus manos a la cabecera o en los laterales de la cama
• Los brazos del profesional se posicionarán por debajo de las caderas del paciente para poder ayudarle a subir hacia la cabecera de la cama
• Decir al paciente que si puede flexione las rodillas para poner las plantas de los pies apoyadas en la cama y así poder disponer de fuerza para elevar los glúteos y dar un pequeño impulso hacia la cabecera de la cama
Enderezamiento en cama del paciente que no va a colaborar, puesto en práctica por dos profesionales

Con un profesional a cada lado de la cama:
• Se retirará la ropa de la parte superior de la cama incluida la almohada
• Un profesional se posicionará a nivel de la pelvis del paciente, con las piernas separadas y la rodilla más lejana de la cabecera semiflexionada
• Los dos profesionales deben introducir un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo de los glúteos, a nivel del muslo
• En un movimiento coordinado, levantar al paciente con suavidad y deslizarlo hasta la posición acordada, ejecutando un cambio de peso desde la pierna más lejana a la cabecera a la que está más cercana
Con dos profesionales al mismo lado de la cama:
• Se retirará la ropa de la parte superior de la cama incluida la almohada
• Un profesional se pondrá a nivel del tronco, pasará un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo de la mitad del tronco
• El otro profesional posiciona sus brazos por debajo de las nalgas. Los brazos deben posicionarse en forma de bandeja para no producirse ninguna lesión ni en los profesionales ni en el paciente
• En un movimiento al unisonó, se elevará cuidadosamente al paciente hacia la cabecera de la cama, cambiando la carga de la pierna más alejada del cabecero a la otra, sin hacer sufrir la espalda
Enderezamiento del paciente en la silla
Si el enderezamiento se produce en un sillón o silla, las pautas son:
• Se Flexionará las rodillas del paciente y se dejaran los pies a la misma altura
• El profesional se posicionará detrás de la silla del paciente en postura de dar un paso
• Para posteriormente ejecutar un ligero retroceso y proceder a deslizar al paciente hacia la parte de atrás de la silla o sillón.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar a partir de la descripción en este capítulo de la técnica de movilización en referencia al enderezamiento de los paciente tanto en cama, en silla o sillón, la correcta puesta en práctica va a ayudar y beneficiar tanto a los profesionales sanitarios y no sanitarios que la ejecutan, a la hora de prevenir luxaciones y daños musculares, como al paciente que requiere de ellas, ya que después de ejecutarlas se encontrara más confortable y a gusto. Nos podemos encontrar con pacientes que nos van ayudar llamados pacientes colaboradores o pacientes que debido a su enfermedad no pueden colaborar y ahí es donde entra la ayuda y el conocimiento de estas técnicas del profesional que presta la ayuda.

6 Bibliografía

1. TECNICAS DE MOVILIZACION DE PACIENTES PARA TRABAJADORES DEL
SAS. Prevención de RRLL. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
2. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y trasferencias. Manual para el cuidador Gobierno de Aragón
3. Movilización de pacientes. Hospital de Donostia.
4. Consejos y cuidados tras un ictus: información para pacientes y familiares. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria.

Capítulo 527

EL PINCHE Y EL MANUAL DE DIETAS DE LA COCINA HOSPITALARIA

MARIO ORTEGA LAIN

CELIA DIANA CRUZ GALLEGO

MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO

MÓNICA MARTÍN APARICIO

ADOLFO AVILA GUALDAMEZ

1 Introducción

Es muy común, que en cada centro hospitalario, exista un manual de dietas, donde se clasifica y pone en común sus propias dietas, según los criterios científicos y que, bajo su norma, se deben aplicar.
Estos manuales de dietas, se establecen, para garantizar el estado nutricional de los pacientes que se encuentren ingresados en cada hospital.
Esta planificación de dietas, se lleva a cabo a partir de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD) y el Servicio de alimentación.
El Manual de Dietas se define como el documento en el que se registran todas las dietas disponibles en cada centro hospitalario.
Las dietas que lo integran deben clasificarse según las peculiaridades y experiencias de uso de cada centro.
En dicho manual, se incluye las dietas basales de uso habitual, las dietas terapéuticas de uso frecuente y otras que, aun siendo menos comunes, son convenientes

para facilitar la preparación y unificación con el resto de la alimentación, siendo posible abordar las peticiones con rapidez y competencia, y sin aumentos excesivos de trabajo y coste.
El pinche de cocina, debe conocer a la perfección cada dieta que se encuentre dentro de este "croquis", de esta forma, se ahorran errores y se garantiza acabar en los tiempos establecidos.
En este capítulo, hablaremos de las distintas partes que consta un manual de dietas.

2 Objetivos

Conocer en que consiste un manual de dietas dentro de un centro hospitalario.
Comprender las distintas partes que engloban este plan de dietas.
Lograr una satisfacción plena del paciente.

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

Como ya hemos explicado anteriormente, el manual de dietas consta de diversas partes que debemos conocer, así como, saber qué función desempeña cada una:
1. CÓDIGO DE DIETAS:
Los códigos de dietas incluyen:

- Denominación genérica de la dieta.
- Características: se indicarán las modificaciones que se precisen y se incluirá una serie de alimentos y las técnicas culinarias utilizadas o más combinables con los alimentos que se han expuesto.
- Objetivos: Deberá exponerse el fin de la dieta, así como lo que se busca lograr con la alimentación del paciente.

- Indicaciones: En este apartado, deberá especificarse en que pautas terapéuticas o clínicas deberá recomendarse, así como, a la inversa, todas las patologías o enfermedades que sean desaconsejadas para dicho tipo de dieta.
- Variantes dietoterápicas: Sobre todo, cualquier dieta, se podrá solicitar sin sal ni azúcar, todo dependerá de las características clínicas del enfermo en concreto.

2. CÓDIGO DE MENÚS:
Los códigos de menús, se centran en las costumbres en general y a manera particular, hablamos, generalmente, de la gastronomía local, pero en muchas ocasiones, hay pacientes con diferentes tipos de culturas o costumbres, que deben respetarse por encima de todo. Hablamos desde veganos hasta pacientes de otro país.
Pero estos códigos de dietas, deben adaptarse a la normativa sanitaria vigente.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS FICHAS TÉCNICO – SANITARIAS DE PLATOS.
En este apartado, debe especificarse todo lo relacionado con la calidad técnico-sanitaria que se solicita.

4. SE FACILITARÁN LAS DIETAS INDIVIDUALIZADAS.
A pesar de que en muchas ocasiones, las dietas son globales, existen pacientes con ciertas particularidades, ya sea por su patología, gustos, etc. que siempre se deberán tener en cuenta, por lo que nos ayudará a elaborar una dieta que se adapte a las características alimentarias del enfermo.

5. ROTACIÓN DE MENÚS.
La rotación de menús debe ser muy estricta, por desgracia, muchos pacientes ingresan durante un largo periodo de tiempo, y por lo tanto, la dieta puede resultar "pesada" y puede que no exista motivación, por lo que se debe variar todo lo posible.

6. MODIFICACIÓN ESTACIONAL DE MENÚ.
En este último apartado, nos referimos a la estación en la que nos encontremos, no será lo mismo en verano que en invierno.
Un claro ejemplo es, el cocido, que es muy socorrido en invierno, pero en verano, no apetece tanto, por lo que sería buena opción sustituirle por salmorejo o gazpacho.
El pinche de cocina, no es quien realiza o analiza el manual de dietas, pero siempre deberá conocerla y tenerla en cuenta, así conocerá a la perfección los protocolos alimenticios que se desarrollan en su centro de trabajo, en este caso, la cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos del manual de dietas en la cocina de un hospital, debemos pensar en un protocolo estricto dentro de este tan importante servicio.
Los pinches de cocina deben seguir a raja tabla cada uno de estos requisitos que se exigen, de esta forma, se garantizará el progreso y satisfacción de cada paciente. Si no fuera así, el paciente se vería muy gravemente afectado, ya que como todos sabemos, la alimentación es una parte muy importante de la recuperación de los enfermos.
La actuación del pinche o auxiliar de cocina, en cada paso a realizar dentro de esta, es de vital importancia, como bien hemos remarcado en el paciente, pero también, para asegurar una correcta funcionalidad y eficacia en el trabajo.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700024

Capítulo 528

GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL

MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA

MARIA JOSE LABARRA PEREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ

YOLANDA LEGANÉS VIANA

AURORA LOPEZ LOPEZ

1 Introducción

La Unidad Quirúrgica está integrada por el quirófano que involucra las salas de operaciones, el servicio de recuperación, área preanestesia, central de equipos y esterilización, almacén de material de consumo, oficinas administrativas y vestidores.
Un quirófano es una sala que se sitúa en sanatorios, hospitales o centros de atención médica, se encuentra acondicionada para efectuar la práctica de operaciones quirúrgicas a pacientes que lo necesitan. El quirófano debe ubicarse en un lugar central, especialmente cerca de diversos servicios como urgencias, anatomía patológica, ucis, entre otros. Debe mantenerse un nivel alto de asepsia para una mínima contaminación, las más comunes son infecciones nosocomiales.

El auxiliar administrativo es el primer profesional con el que hacen su primera toma de contacto los pacientes, no hay que olvidar que se trata de personas enfermas y en muchas ocasiones de avanzada edad por lo que es importante mantener una actitud de empatía y comprensión. Tampoco debemos olvidar que es el nexo de unión del servicio con otros departamentos en el hospital para llevar a cabo el buen y correcto funcionamiento de la secretaría.
En el hospital, las secretarías desarrollan un papel específicamente detallado e importante para cada servicio. Unas llevan funciones administrativas y, sin embargo, otras, además de estas funciones, llevan el control sobre la programación quirúrgica de los pacientes.

2 Objetivos

- Exponer el trabajo y roles del auxiliar administrativo en el servicio de quirófano de un hospital.
- Fomentar la formación en cursos orientativos y actualizados en las labores administrativas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha iniciado un estudio que consiste en una investigación con revisión bibliográfica existente, haciendo comparativas en distintas fuentes como webs, libros, artículos que aportan la calidad de este artículo y se señalan en el apartado al efecto.
Además, se ha contado con la experiencia personal de esta área.
Palabras clave de búsqueda: quirófano, tareas del administrativo en un hospital.

4 Resultados

El personal auxiliar administrativo cumple con diferentes labores administrativas dentro del servicio de quirófano:
• Gestión de pacientes en la base de datos interna (inclusión en lista de espera quirúrgica, datos personales, etc.).
• Programación del paciente en el quirófano, tiempos para la caducidad del preoperatorio.
• Gestión y control de documentación (historia clínica, consentimiento informado).

• Informar al paciente de las indicaciones previas a su intervención.
• Dependiendo de la intervención el paciente, accede al hospital en:
• Unidad de cirugía sin ingreso: una vez intervenido, si no ha habido complicaciones, el paciente recibe el alta para su domicilio.
• Hospitalización: si debe permanecer hospitalizado, contactar con la supervisora de dicha planta y también con el servicio de admisión para hacer el trámite oportuno de registro en el sistema interno.
• Gestión de informe semanal del quirófano.
• Gestión del justificante de intervención.
• Citación (si se estima) de pacientes en las consultas de especialistas y pruebas especiales después de la intervención, cómo, por ejemplo, cita de revisiones posteriores.
• Gestión de PCR 48 horas antes de la prueba o cirugía.
• Redactar, archivar y revisar todo tipo de documentos.
• Recopilar la información requerida de otros servicios del sistema sanitario.
• Mantener los procedimientos y protocolos.

Es muy importante y un deber del personal administrativo, guardar la confidencialidad de todos los datos y conversaciones técnicas desarrolladas en la unidad como también preservar la confidencialidad de todos los datos clínicos y, sobre todo, guardar el secreto profesional de toda la información manejada.

Para una correcta y mejora hacia el paciente, se debería no dejar de formar y realizar cursos orientativos para mejorar las funciones de las diferentes categorías, máster, ponencias como también realizar encuestas de satisfacción de la atención recibida de las distintas categorías.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo desarrolla sus labores en los diferentes servicios de un hospital, por este motivo, debe tener una capacidad de adaptación a cualquier situación en cualquier momento, debe ser versátil. Concretamente en el servicio de quirófano, debido a su importancia y complejidad, por no decir la lista de espera generalmente sobredimensionada y programación quirúrgica variable, debe formar equipo con el resto de profesionales de las diferentes categorías y contar con el apoyo de estos, para que el margen de error sea lo mínimo posible. La planificación, organización y funcionamiento del departamento quirúrgico requiere de una serie de conocimientos y funciones de los profesionales integrantes en este servicio, como también una planificación funcional, equipamiento, material

suficiente sin roturas de stock, procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos y eficaces en otros. Referente a su personal debe tener una suficiente cualificación eficiente y actualizada (no debemos olvidar que es un servicio en el cual la mayoría de patologías son muy graves), de este modo se garantiza la calidad del servicio.

La ubicación del área de quirófano debe ser práctica y funcional, por lo que preferentemente, estará localizada en la planta baja, junto al servicio de urgencias, de la unidad de críticos, anatomía patológica y de la central de equipos y esterilización.

6 Bibliografía

1. https://issuu.com/candidavivas/docs/manual_administrativo_del_area_quir.
2. https://revistamedica.com/administrativo-servicio-otorrinolaringologia/.
3. https://es.scribd.com/doc/108850970/Descripcion-de-Funciones-de-Los-Cargos-Centro-Quirurgico.
4. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-ginecologia/.
5. https://es.wikipedia.org/wiki/Quirófano.

Capítulo 529

EL CELADOR Y EL PACIENTE CARDIACO

JOAQUIN DE LEMOS DELGADO

MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ

MONTSERRAT TOLEDO VELA

MÓNICA MORAL ROMERO

MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA

1 Introducción

Un paciente cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son necesarias las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o trasplantes cardíacos.

Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van utilizando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que mejoran el éxito de este tipo de operaciones, lo facilita y en parte disminuyen el tiempo de recuperación de los pacientes.

En este capítulo vamos a ver de manera general el tratamiento realizado de un celador de un paciente cardíaco. No nos centraremos en pacientes en concreto ni en un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones

u otros tipos. Simplemente, hablaremos de forma general de la labor del celador con un paciente de estas características.

Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el paciente desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del paciente por el hospital tanto en planta, en quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo sería:

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.

Como objetivo secundario:

- Explicar de forma detallada el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, su paso por planta, durante la intervención, así como en la unidad de cuidados intensivos y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del paciente en el hospital. Normalmente, suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital, aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o alguna paciente de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia.

En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del paciente ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente

es necesaria. Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de pacientes suelen realizarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado.

Aparte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que realizarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del paciente si se requiere, así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.

El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano ira a planta a por el paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente por si no estuviera preparado para la realización de la intervención.

Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería, el celador procederá a colocar la paciente en la mesa de quirófano y le pondrá brazales, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar. El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano, así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios.

Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar. Durante la operación, si hubiera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que realizar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos.

Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en la unidad de cuidados intensivos en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder realizar las funciones que sean necesarias.

Normalmente, al poco tiempo de estabilizar al paciente se le realizará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la realización de la prueba.

El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los

sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente. Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá realizar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan.

Una vez en planta cada día y si el paciente lo necesita, el celador deberá ayudar en el aseo del paciente, así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día. Aparte de esto, lo normal es que estos pacientes sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.

Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del paciente, el celador si hace falta acompañará hasta la salida al paciente o realizará este trayecto en silla de ruedas si el paciente no es válido para andar por su propio pie. De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital, el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario.

En este capítulo sobre un paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en quirófano, unidad de cuidados intensivos o los traslados para la realización de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención.

Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

1.https://www.medijimar.com/realizar-cirugia-cardiovascular/

2. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular

3. https://revistamedica.com/importancia-funcion-celador-uci/

Capítulo 530

LA UNIDAD HOSPITALARIA Y EL CELADOR

JOAQUIN DE LEMOS DELGADO

MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ

MONTSERRAT TOLEDO VELA

MÓNICA MORAL ROMERO

MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA

1 Introducción

Toda persona que, por orden de un facultativo, en atención especializada, ya sea traumatólogo, neurólogo, geriatra, ginecólogo, etc., (dependiendo de la afección del paciente) decide que el paciente debe permanecer en el hospital durante un periodo indeterminado de tiempo, ya sea por la necesidad de pruebas diagnósticas, operaciones, administración de medicamentos por vía oral, o por simple control de evolución.

Una vez, que se da este caso, el paciente debe ser ingresado en una planta o unidad hospitalaria destinadas cada una, a unas características diferentes, y dependiendo de las del paciente, así será escogida la unidad o planta. El ingreso del paciente, requiere una serie de acciones o protocolos que deben ser ejecutados por todo el personal de la unidad:

- Enfermeros o enfermeras graduados.

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

- Celadores y/o celadoras.

Todos estos profesionales contribuyen y van a contribuir a la estancia del paciente ingresado, pero antes, todos tienen unas funciones definidas para su ingreso. En este caso, hablaremos del celador y su protocolo de actuación ante un ingreso. Pero antes de ello, deberemos destacar que existen diferentes tipos de ingresos dependiendo del paciente y por donde sea decidido su ingreso:

- A través de urgencias: si el paciente acude a urgencias y el facultativo decide su ingreso puede acceder a la planta hospitalaria a través del mismo urgencias. Y dependiendo de la disposición del paciente o capacidades, podrá ser a pie, en silla de ruedas o camilla.

- A través de un domicilio: el equipo sanitario se desplaza hasta el domicilio del paciente que previamente ha llamado con ciertas afecciones de salud, si el médico decide su ingreso, será trasladado en ambulancia. Muchas de las veces, es trasladado en camilla, pero también, puede ser ingresado en silla de ruedas o a pie.

- A través de un traslado: en muchas ciudades, existe un complejo hospitalario que consta de diversos hospitales, y en algunos de ellos, poseen especialidades que en otros no, por eso, el paciente, normalmente, es trasladado en camilla.

- A través de cita previa: si el paciente es citado para una operación y debe ser ingresado el día antes, podrá ser ingresado por su propio pie a través de admisión.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Describir el protocolo de actuación del celador ante un ingreso de un paciente en una unidad o planta hospitalaria.

Como objetivo secundario:
- Mostrar la eficiencia del trabajo en equipo.
- Reflejar los diferentes traslados que realiza el celador desde la planta/unidad.

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

Cuando el paciente ingresa en la unidad del hospital, independientemente del porqué del ingreso, cada uno de los componentes del personal que se encuentran trabajando en planta tienen una serie de funciones, unos, como el personal de enfermería, registrará las constantes, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería preparará todo lo necesario para la estancia del paciente y tomará la temperatura, y el celador, se encargará de las movilizaciones del paciente que sean necesarias para instaurarlo en su habitación.

En este caso, como es evidente y como hemos comentado anteriormente, hablaremos del celador y sus funciones en este caso:

1. Llegada del paciente: cuando el paciente llega, dependiendo de cómo llegue (a pie, en silla de ruedas o camilla) se realizará un protocolo distinto, así como, si el paciente puede permanecer sentado en el sillón o necesita ser acostado en la cama.

Si llega a pie, le acompañaremos a su habitación, y le explicaremos ciertas normas de convivencia, así como horarios de visita, si los hubiera.

Si llega en silla de ruedas, deberemos explicarle que realizaremos la transferencia de la silla de ruedas al sillón o a la cama (todo dependerá del estado del paciente). Este tipo de transferencia requiere reconocer la movilidad del paciente, y se utilizarán ayudas técnicas como la grúa si fuera necesario.

Si llega en camilla, deberemos explicarle, igualmente, las transferencias que vamos a realizar, y también es importante tantear la movilidad del paciente, así como, pediremos en todo momento que nos ayude en lo que pueda y que colabore. Esta movilización si es de camilla a sillón se suele realizar a través de un "transfer" o tabla y una entremetida para facilitar el desliz. Si el paciente puede sentarse en el sillón, se bajará la camilla y con cuidado sentaremos al paciente en

el sillón.

2. Pertenencias del paciente: debemos tener especial cuidado y prestar atención a las pertenencias del ingresado. Guardando las que sean necesarias en su ingreso y entregar a los familiares las que no sean necesarias o puedan ser de gran valor.

3. Información a los familiares: debemos explicar a los familiares y/o acompañantes de todo lo relacionado con el protocolo de la planta o unidad (horarios, duración de la visita, pertenencias, etc.)

4. El contacto con el paciente: este punto es de vital importancia, debemos transmitir al paciente seguridad y, sobre todo, cada paso, debemos informarle, así no dará lugar a inquietudes. Esto, puede provocar en el paciente un estado de ansiedad, que debemos evitar si no se realiza adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comentado anteriormente, el celador, al igual que el resto de personal que constituyen la unidad o planta hospitalaria tienen una serie de funciones que deben acatar ante un ingreso.

En conclusión, el celador, tiene unas funciones igual de importantes, igual que cualquier otro miembro del equipo. Todo va relacionado con el paciente, las técnicas de movilización, la información, el trato directo, etc.

Si todo esto no se realizara correctamente, podrían producirse confusiones, inestabilidad, incluso miedo y ansiedad, ya que el celador, es uno de los profesionales que se encuentran en el hospital que más contacto estrecho tienen con el enfermo (cuerpo a cuerpo) donde el paciente, en muchas ocasiones debe confiar en él. Por todo esto y lo dictado anteriormente, el celador es una de las bases de que el ingreso de un paciente, fluya correctamente.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

2. https://medlineplus.gov/spanish/.

3. https://www.scielo.org/es/

Capítulo 531

EL CELADOR EN TRAUMATOLOGÍA

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

MARCOS MARTÍN GONJAR

ESTEBAN RUBIO SOBRINO

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO

1 Introducción

El servicio de traumatología de un hospital es aquel que se destina a realizar estudios y tratamientos a los pacientes con problemas de movilidad y por lo general le causan dolor, en articulaciones y huesos, ya sea por el paso de los años o por traumatismos o accidentes.
El nombre etimológico se deriva de "trauma" que significa herida y logia que hace referencia a ciencia. Es una unidad especial en el que los rangos de edad de los pacientes fluctúan en un intervalo intergeneracional y transversal.
Esta especialidad médica trata de buscar y dar respuestas a las alteraciones y traumatismos del sistema músculo esquelético. Su función es necesaria para buscar soluciones a diversos problemas de músculos y huesos con el objeto de darle el mejor tratamiento, y su finalidad es darle el mayor bienestar posible al paciente. Esta disciplina también se encarga de dar pautas de prevención, investigación y los tratamientos que requieran los pacientes en los diversos órganos músculo-esqueléticos por patologías genéticas u ocasionadas por accidentes, abarcando

desde vendajes, escayolas por roturas e inmovilizaciones hasta operaciones quirúrgicas.
En esta Unidad también se dispone de cirujanos de esta especialidad médica, los cuales realizan intervenciones quirúrgicas a los pacientes, incluyendo aplicación de prótesis, implantes y colocación de huesos por heridas abiertas y luxaciones.
Esta especialidad realiza sus tratamientos en cualquier parte del cuerpo humano, cualquiera que sea el motivo de la intervención, el servicio de traumatología tiene a su disposición todo lo necesario y debe estar dotado de los mejores recursos materiales y humanos dentro de un equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

Conocer claramente las labores propias del Celador en este servicio.
Saber realizar las movilizaciones que en cada caso se necesiten.
Manejar adecuadamente la cama y la silla de ruedas con pacientes.
Estar siempre atento a las órdenes que reciba del servicio médico.

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 a través de internet, seleccionando los recomendados del gobierno de España, también se han consultado bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

El celador hospitalario en esta área de traumatología, debe conocer todas sus obligaciones y las técnicas necesarias para realizar las movilizaciones oportunas en relación al tipo de trauma y persona que la necesita, con la finalidad de evitar nuevos daños o acentuar los que ya trae.
La función del celador en esta área es muy delicada, ya que es el lugar donde se manipulan los cuerpos de los enfermos, y que en ocasiones se encuentran inmóviles debido al traumatismo que padecen, debiendo ser ayudados a realizar cualquier movimiento por pequeño que este sea, desde lavados y aseos hospi-

talarios de los pacientes, hacer camas con encamados, aplicación de cuñas para realización de sus necesidades, y un largo etc., de necesidades de los enfermos.
En los pacientes encamados, la movilización por parte del celador se debe realizar de una forma más cuidadosa si cabe, ya que una alta proporción de estos pacientes son de avanzada edad y se dan patologías relacionadas con roturas de huesos como fracturas de cadera y o fémur. Cualquier mala postura y una aplicación de fuerza no controlada debidamente por el Celador, puede causar lesiones graves debido a la debilidad en el que se encuentra el paciente, también las movilizaciones se deben de hacer preventivamente para evitar las famosas úlceras por presión.
Cuando la persona que se debe atender es joven, movilizarle o inmovilizarle resulta mucho más fácil que en otros rangos de edad, ya que por lo general estos tienen mayores posibilidades de colaboración por la fuerza que da la juventud, en estos casos el Celador puede ayudarles a acudir al baño, o levantarse de la cama o sentarse en sillón.
Las movilizaciones más frecuentes que el Celador debe conocer perfectamente son, la de decúbito supino, decúbito prono y la que se efectúa con más asiduidad es la de decúbito lateral que con ayuda de almohadas y bajo la supervisión de los profesionales sanitarios darán las pautas precisas para la colocación del paciente de la mejor manera posible.
Es muy importante realizar los movimientos con las herramientas que ese dispone en el servicio, desde la simple aplicación de fuerza con ayuda del enfermo y algún otro compañero, hasta el uso de grúa para manejar a personas inmóviles con mucho peso y personas con lesiones de espalda.
Todas las funciones mencionadas y otras que puedan ser ordenadas por el servicio médico, se le añade la función exclusiva del celador, que es el traslado en silla de ruedas y en cama o camilla con ruedas a otros servicios para realizar pruebas accesorias pautadas por el médico de la Unidad.

5 Discusión-Conclusión

Es vital para el mejor desempeño de las funciones de este servicio la coordinación de los distintos especialistas sanitarios y no sanitarios destinados en esta Unidad, siendo el celador el profesional que debe realizar las movilizaciones oportunas bajo el criterio exclusivamente médico o de enfermería. Empleando para ello las mejores técnicas que aprenderán realizando la formación necesaria.
El Celador en Traumatología, estará siempre dispuesto a lo que se le ordene desde los servicios médicos y de enfermería, sabiendo que de su profesionali-

dad se deriva la mejor atención al paciente, siendo un baluarte necesario para su recuperación.
Los celadores que realizan su función en este destino profesional deben tener la adecuada preparación, conocerán las últimas técnicas de movilización y posiciones corporales y las aplicarán de manera adecuada e individualizada a cada enfermo bajo un único criterio médico.

6 Bibliografía

https://congresosicepa.com/celador-traumatologia/
https://revistamedica.com/posiciones-quirurgicas/

Capítulo 532

EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL, FUNCIONES DE UN CELADOR,

ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA

ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ

YOLANDA SANTOS TOLEDO

ELADIA SALAZAR CARRETON

PAQUI CHOCANO RAMOS

1 Introducción

Área de observación y tratamiento: en esta área del Servicio de Urgencias los pacientes que acuden por cualquier tipo de circunstancia, dolencia o etc., estarán el tiempo necesario para atendidos por el equipo multidisciplinar que allí trabaja hasta el momento en que son dados de alta o trasladados a la unidad de hospitalización correspondiente que sea ordenado por el facultativo
Es el área de primer contacto de los pacientes que acuden buscando la atención de urgencia y es justo aquí donde aparece el celador, quien será la primera persona que tenga contacto con el paciente, ya sea de forma verbal o ayudándolo a entrar en dicha área.
Aquí es donde se realiza el famoso triaje de atención del paciente que consistirá en recabar información de lo que le sucede al paciente o estabilizarlo en primer

momento para, poco después, poder realizarle las pruebas pertinentes y necesarias para así tener un diagnóstico claro de la dolencia del mismo.

En nuestro trabajo, vamos a ver las principales funciones del celador en este servicio tan importante del hospital, como lo es la observación de urgencias. También repasaremos consejos y normas de actuación por parte de este personal ante todo el tipo de tareas que en este área tienen que realizar.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo en común será el siguiente:
-dar a conocer las funciones realizadas por el personal celador en urgencias, más concretamente en el área de observación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La importancia del celador en el área de urgencias y sus funciones son importantísimas y vitales para la buena fluidez de trabajo del centro, pero a la vez para que esto ocurra es necesario que el celador anteriormente esté bien preparado e informado de la localización de las diferentes unidades del hospital, tales como los laboratorios, radiología, Unidades De Cuidados Intensivos, almacenes etc., que serán fundamentales conocer, para la realización de las diferentes funciones que el celador tenga que realizar para atender las exigencias del trabajo con pacientes que estén en observación de urgencias.
A continuación veremos cuáles serian algunas de sus funciones en dicha área:
• Colaborar y Ayudar al personal sanitario.
• trasladar, acompañar o ayudar a pacientes hacia lugares destinados a realización de pruebas o lugares de ingreso
• Ayudar a los aseos al personal sanitario
• traslado de documentación tanto verbal como escrita

• Traslado de analíticas a los laboratorios.
• Ayudar a preparar a los pacientes, a la hora de las comidas, ir al baño, etc.
• Labores de vigilancia del área de boxes, como puede ser mantener el silencio o las entradas y salidas de gente
• Movilización de aparatos que se encuentran en esta área
• controlar averías o desperfectos para poder comunicarlo y sean subsanados
• Enseñar a enfermos y familiares, sobre el uso correcto del mobiliario del área, como pueden ser las camas, timbres, sillones, etc.
• Ayudar a vestir y a desvestir a los pacientes.
• Reciclar, por ejemplo, cajas de cartón de materiales
• Controlar el buen funcionamiento de balas de oxígeno,
• Tener controlados donde se encuentran los transfers de movilización, mantenerlos en buenas condiciones y saber utilizarlos en caso de necesitarlos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos decir que todo el equipo sanitario es recomendable que trabajen en buena armonía y buen entendimiento para que todo el funcionamiento se desarrolle de la manera más fluida y satisfactoria posible.
El celador en esta área será un nexo común con el equipo sanitario de la misma área y con los demás profesionales que trabajan en diferentes áreas del hospital, que será donde el celador tenga que ir con el paciente o sin él para la realización de tareas propias que le correspondan, como pruebas diagnosticas, para el devenir del paciente que está en observación del área de urgencias.

6 Bibliografía

Google www.formacure.es
www.revistamedica.com
experiencia laboral

Capítulo 533

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA: PROTEGER, AVISAR, SOCORRER (PAS)

ALBERTO MORENO MARFIL

1 Introducción

Los primeros auxilios son todo conjunto de técnicas y procedimientos de carácter inmediato que realiza el auxiliador en el mismo lugar donde ha ocurrido el accidente o en los primeros momentos en que una persona sufre una enfermedad, con el objetivo de salvar su vida o reducir los efectos de las lesiones y estabilizar el estado de la víctima.

Ante una urgencia se ha de estar tranquilo pero actuar rápidamente. Conviene tener presente ciertas reglas como asegurarse que tanto la víctima como al auxiliador están fuera de todo peligro. Si se ha de mover al herido se debe hacer con gran precaución y jamás hacerlo antes de cerciorarse de su estado. Cuando tanto auxiliador como la persona accidentada estén fuera de peligro, se debe observar al accidentado reconociendo los signos vitales: consciencia, respiración y pulso. Siempre que sea posible, se avisará a los servicios sanitarios tratando de dar la máxima información posible acerca del siniestro o enfermedad. Se debe sospechar de gravedad cuando la víctima haya perdido movilidad o sensibilidad en las extremidades, así como dificultad respiratoria.

Solo después de realizar la valoración primaria y estabilizar al paciente, se realiza la valoración secundaria, que consiste en la exploración del paciente de pies a cabeza.

2 Objetivos

Obtener los conocimientos básicos sobre la actuación en caso de accidente y saber llevar a cabo el procedimiento adecuado para lograr el mejor resultado.

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 (PubMed, Scielo, Medline). Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, artículos y publicaciones oficiales del Ministerio del Trabajo, Ministerio de Sanidad, principales sindicatos españoles y Los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) así como en libros oficiales de formación reglada para personal sanitario.

4 Resultados

Dentro de la valoración en una urgencia existe la valoración primaria y la valoración secundaria y dicha valoración ha de ser sistemática y precisa.
Este proceso se realiza mediante la recogida de datos sobre la víctima que pueden ser útiles para facilitar la atención al paciente.
La valoración primaria es la impresión inicial que el auxiliador tiene al ver a la víctima y se forma a partir de lo que se ve y se oye y consiste en identificar aquello que supone una amenaza para la vida del individuo. Si el paciente está consciente y responde a las preguntas, se pasará a hacer una valoración secundaria, la cual consiste en la exploración de pies a cabeza buscando heridas, deformidades, distensión abdominal, fracturas, lesión medular, etc.
Si la víctima no está consciente, se ha de evaluar la vía aérea, ventilación y circulación.
Para la vía aérea realizamos la maniobra frente-mentón, consistente en sujetar la frente con una mano abierta y con la otra levantar el mentón con la punta de los dedos, Con el dedo índice se arrastrará cuerpos extraños fuera de la boca evitando que se introduzcan más adentro.
Para la ventilación, se observará si el tórax se mueve, se oirá la salida de aire a través de la boca y se sentirá el aire que sale sobre la mejilla del auxiliador. Si es necesario se inicia la ventilación boca-boca, sellando la boca alrededor de la víctima e insuflando observando que el tórax de la víctima se eleva).

Para la circulación, se ha de comprobar el pulso y observar si hay hemorragias.

En caso de haberlas, hacer presión directa sobre la herida sin retirar los apósitos que se hayan colocado previamente para taponarla. Si hay ausencia de pulso, iniciar masaje cardiaco colocando el talón de una mano en el centro del tórax y la otra mano encima con los dedos entrelazados, manteniendo los codos extendidos, comenzar con las compresiones empujando fuerte y rápido.
En caso de no haber ventilación ni circulación, serán 30 compresiones seguidas de 2 ventilaciones.

Si la víctima respira y tiene pulso, pero no está consciente, se le colocará en posición lateral de seguridad, evitando así la broncoaspiración. Se ha de mantener la alineación de cabeza, cuello y tronco y mantener la posición evitando que la víctima ruede o se desequilibre.

Si se sospecha de lesión medular, no se ha de movilizar a la víctima. También ha de evitarse hacer torniquetes y en caso de ser necesarios, anotar la hora en que se ha hecho.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el corazón se detiene, el cuerpo deja de recibir sangre oxigenada, causando así daño cerebral en tan solo unos segundos e incluso la muerte. De ahí la radica la importancia de actuar con rapidez en estos casos, ya que los daños causados son irreversibles.
La RCP puede ayudar a que se mantenga la circulación de sangre oxigenada en el cuerpo, mientras que el personal cualificado ponga un tratamiento para restablecer la función normal del corazón, por ello es necesario que cualquier persona sepa detectar cuando es necesario una RCP básica, así como llevarla a cabo y de esta forma, ayudar a salvar vidas en lo que los servicios de emergencias se personifican en el lugar del accidente.

6 Bibliografía

1. Guía de primeros auxilios de la Junta de Extremadura
2. Manual de primeros auxilios de la universidad de La Rioja

Capítulo 534

EL TRABAJO EN EQUIPO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

JOAQUIN DE LEMOS DELGADO

MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ

MONTSERRAT TOLEDO VELA

MÓNICA MORAL ROMERO

MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA

1 Introducción

El trabajo en equipo se considera un punto clave para el desarrollo de los objetivos previstos por el grupo de trabajo, aparte de resultar provechoso para todo el grupo humano. El equipo de trabajo es el conjunto de personas asignadas de acuerdo a habilidades específicas para cumplir una determinada meta.

Por otra parte, el trabajo en equipo es, según Katzenbach y K. Smith, un número reducido de personas con capacidades complementaria comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planteamiento común. Resulta importante destacar que bajo esta técnica las personas involucradas en el grupo humano reflejan mayor empatía y un incremento en la capacidad de resolución de conflictos por cuenta ajena que tengan que ver con un gran grupo de personas, como pueden ser los pacientes hospitalarios.

En el área de urgencias y más en el puesto del celador, se trabaja en equipo aplicando la metodología de trabajo en cadena, ya que cada miembro del área hospitalaria cumple un papel, pero todos persiguen un objetivo común. El celador es el primer profesional que recibe a los pacientes para dejarlo en manos de los demás miembros del equipo humano, del área hospitalaria o de las diferentes disposiciones sanitarias.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:

- Poner de manifiesto la importancia del trabajo en equipo con el celador incluido en el ámbito hospitalario y en el área de atención primaria.

El objetivo secundario de este capítulo es:

- Identificar las dificultades ocurridas en la atención primaria y solventar las adversidades mediante el trabajo en equipo, incluyendo al celador.

3 Metodología

Para este trabajo se ha recopilado una serie de información de diversas fuentes primarias y repositorios como Scielo, Google Académico y Dialnet. El capítulo también se refuerza con experiencia propia en el ámbito sanitario de urgencias, explicando en primera persona las vivencias en este ámbito.

4 Resultados

En este capítulo nos enfocaremos en el trabajo en equipo en el área de urgencias que incluye a un celador, así como las funciones del celador regidas por la jerarquización de categorías profesionales sanitarias. Para empezar, mencionaremos características del trabajo en equipo como la integración de funciones y funciones desarrolladas por diferentes personas, responsabilidades compartidas, planificar el equipo bajo un objetivo común, etc.

En el área de urgencias, en la que nos basaremos como ejemplo sanitario del trabajo en equipo, por una parte, el celador que trabaja en contacto con un equipo compuesto de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, enfermero y médico

sigue las instrucciones del auxiliar de enfermería debido a que el rango profesional sanitario superior al celador es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Hará funciones de acompañamiento y ayuda en este grupo humano. Cuando los celadores trabajan en equipo, el líder es el jefe de celadores que se encarga de la administración y control del personal no sanitario del área. Así como en el área de urgencias, el celador es el primer profesional de las dependencias hospitalarias que recibe a los pacientes y se encarga de su traslado hasta la zona donde se encuentran las categorías sanitarias superiores.

Los equipos de trabajo de los que forma parte el celador tienen que actuar de una forma coherente en la asignación de roles y normas. También debe haber un clima de confianza y buena comunicación para que el grupo humano funcione correctamente y por último se valorará la independencia positiva, lo que quiere decir que cada miembro del equipo debe tener iniciativa para realizar labores fijadas por el equipo. Como todo grupo humano, el trabajo en equipo debe ser a la vez cooperativo, ya que los objetivos fijados como comunes están diseñados por todo el personal que conforma el equipo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se ha valorado el trabajo en equipo, incluyendo al celador, como un mecanismo eficaz para la resolución de problemas, así como para jerarquizar el liderazgo según la categoría sanitaria.

Por otra parte, se promueven canales de comunicación interpersonal, permitiendo la participación de todos los integrantes del grupo y por consiguiente dar oportunidad de verbalizar a todos los miembros.

En resumen, debido a la crisis sanitaria provocada por el coronavirus, el trabajo en equipo se ha considerado un punto fuerte para la superación de dificultades en relación a la escasa y limitada atención sanitaria.

Frente a esto, los equipos sanitarios y no sanitarios en los que va incluido el celador conformado por profesionales de distinta índole saldrán reforzados gracias a la unión y a la persecución del objetivo común de la superación de esta crisis sanitaria.

6 Bibliografía

1.Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.

2.Gardón, A. et al. (2018) Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Editorial Mad/Educoforma.

3. https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/

Capítulo 535

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA

ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ

YOLANDA SANTOS TOLEDO

ELADIA SALAZAR CARRETON

PAQUI CHOCANO RAMOS

1 Introducción

Una autopsia es el nombre con el que normalmente se le llama al examen de un cadáver para establecer las razones del deceso, aunque el concepto correcto para este método es necropsia.
Es un método ordenado y cuidadoso, que incluye la revisión tanto la apariencia externa del cadáver como la revisión de los órganos internos. Hay diferentes causas para llegar a realizar una autopsia. Hay causas legales, como en los casos en los cuales el deceso parece pasar como consecuencia de un acto agresivo, una vez que pasa en la vía pública o una vez que un juez lo estima primordial.
Además, hay causas médicas, como una vez que la causa del deceso no es conocida y el diagnóstico podría tener repercusiones relevantes para su familia, como por ejemplo si se tratara de una patología heredable o transmisible. La sala de autopsias es el local apartado donde se hacen estudios autópsicos clínicos, comúnmente localizado en el sótano de los hospitales donde está el servicio de Anatomía

Patológica, la cual tendrá que reunir unas determinadas características para lograr llevarse a cabo el método del cual estamos tratando
En nuestro trabajo nos centraremos en hablar sobre las funciones específicas del personal celador en este área o servicio de un hospital.

2 Objetivos

Conocer las principales funciones del celador en el área de autopsias del centro

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo hemos estado buscando información en artículos sanitarios, los cuales mostraban información relacionada con las salas de autopsias a la vez que se centraban en el trabajo de los celadores en este área. También hemos utilizado nuestro manual básico del celador para añadir mas datos relevantes sobre el tema.

4 Resultados

A Grosso modo, podemos decir que las funciones del celador en la sala de autopsias serán 3 funciones básicas que a la vez englobarán otras muchas derivadas dentro de ellas :
FUNCIÓN DE TRANSPORTE
- El traslado del cadáver al mortuorio corre a cargo del celador, acompañado de otro celador, concretamente del celador del servicio donde se ha producido el deceso. El traslado del cadáver se hará en camilla, esta debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto y tratarán de moverse por el hospital sin levantar sospecha de lo que van trasladando en todo momento por lo que deberán ser bastante discretos.
- Entregará las muestras orgánicas u otro material que debe ser analizado en los servicios correspondientes como anatomía patológica.
- Realizará cualquier otra misión auxiliar demandada por el equipo médico y las generales como traslado de documentos, etc.
FUNCIÓN DE MOVILIZAR Y PREPARAR

- Preparará el cadáver para realizar la autopsia y lo moverá o colocará de la manera que sea demandada por el personal facultativo para la realización de las pruebas pertinentes.
- Colaborará con el personal sanitario en todo aquello que les sea demandado dentro de sus funciones, jamás utilizara material sobre el cadáver
- Amortajara el cadáver y cuidara su apariencia externa

FUNCIÓN DE LIMPIEZA

- Al terminar la autopsia, aseará y mantendrá el cadáver con la mejor apariencia posible.
- Limpiará la mesa y en general la sala de autopsias.
- Limpiará todo el instrumental utilizado en la autopsia durante el examen.
- Se encargará de mantener la sala siempre en buenas condiciones para la próxima vez que vaya a realizarse la siguiente autopsia.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro trabajo hemos hablado de las funciones físicas que realiza el personal celador en este área de un hospital, pero no menos importante son las aptitudes psíquicas que debe tener este personal, pues a veces se enfrentaran a situaciones nada agradables y de muy poco agrado, por lo que será muy importante tener una gran capacidad mental e intentar mantenerse frío y estable para poder abordar la situación y trabajar con toda la profesionalidad posible

Las funciones del celador en este área no son muy conocidas, pues se desarrollan casi siempre en los sótanos del centro y muy poca gente inclusive mucho personal sanitario desconoce estas zonas.

El personal celador de este área deberá estar preparado tanto física como psicológicamente para desempeñar su labor y poder auxiliar en condiciones óptimas a los requerimientos del personal sanitario que allí también trabaja.

6 Bibliografía

Google www.revistamedica.com
www.incmnsz.mx
www.murciasalud.es

Capítulo 536

EL CELADOR EN EL ÁREA DE QUEMADOS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

MARCOS MARTÍN GONJAR

ESTEBAN RUBIO SOBRINO

1 Introducción

Las Pautas que aconseja el consejo Interterritorial de sistema Nacional de salud ha establecido para definir la Unidad de quemados, que se trata de una Unidad con un alto grado de especialización ubicado dentro un centro sanitario y dotado de los mejores recursos materiales y humanos para la atención a pacientes que hayan sufrido quemaduras graves como consecuencia de accidentes de todo tipo. Las quemaduras son lesiones traumáticas de la piel capaces de provocar la muerte o dejar secuelas gravísimas para toda la vida a una persona dependiendo de la gravedad de estas.

Las quemaduras que provocan un deterioro total o parcial de la piel pueden provocar sobre la persona, alteraciones de carácter inmunitario, infeccioso e incluso cambio de aspecto físico.

El paciente con este tipo de patologías en esta Unidad, se le administra una necesaria vigilancia médica constante y los tratamientos adecuados que implican in-

tervenciones quirúrgicas repartidas en diferentes momentos de la recuperación. Para su total recuperación el paciente en esta situación necesita un amplio elenco de profesionales de todo tipo, desde especialistas en cirugía plástica y reparadora y otros profesionales médicos, psicólogos y terapeutas que puedan requerir por la gravedad que pueda manifestar el paciente, servicio de enfermería y Celadores. Uno de los grandes objetivos de una unidad de quemados es curar al paciente de las infecciones que pueden tener como consecuencia de las quemaduras y la rehabilitación total del quemado crítico.
Las tareas principales que se realizan en estas Unidades son las siguientes: diagnóstico y tratamiento de grandes quemados, sanación de las lesiones ocasionadas por radioactividad, atención a pacientes con ocasión de electrocuciones eléctricas, químicas y por el alcance de rayos, implante de células epiteliales, y cirugías plásticas y reparadoras, etc.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en el área de quemados

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 realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos relacionados con el caso a través de internet, seleccionando artículos recomendados.

4 Resultados

Los tratamientos de los pacientes con quemaduras se atienden en tres fases, y en todas el Celador hospitalario es el encargado de su traslado, son las siguientes:
- La Fase Urgente en el que el Celador con la mayor celeridad traslada al paciente a la zona de reanimación.
- La Fase Aguda donde es trasladado, si es un sitio distinto, a la sala de curas para tratar las heridas más externas.
- En la Fase de rehabilitación, donde se reconstruye las zonas afectadas, esto se produce cuando las heridas ya se encuentran totalmente curadas y no existen

infecciones, el celador realizará el traslado a este servicio integrado en la Unidad de Quemados.
Las funciones del Celador Hospitalario en la Unidad de quemados son las siguientes:
- Cuando el Celador realiza su servicio en esta Unidad, debe disponer de vestimenta apropiada, guantes, mascarilla, bata, patucos y gorro, ya que la posibilidad de adquirir una enfermedad por infección nosocomial en este tipo de pacientes es muy elevada.
- Tramitarán lo antes posible las comunicaciones que se le encomiende por parte del servicio médico y de enfermería.
- Realizará las labores de limpieza que se les encomiende por razón de su cargo.
- Prestará el cuidado necesario cuando realice traslados en cama para la realización de pruebas que se tengan que hacer fuera de la Unidad de Quemados y a la ambulancia.
- Acompañará al auxiliar de enfermería TCAE para movilizar al enfermo cuando deba asearse.
- Ayudará a los servicios de enfermería a movilizar a los pacientes para cambiar apósitos y aplicación de medicamentos por vía tópica.
- Evitará la entrada a personas que no estén autorizadas a entrar a la Unidad, y en cualquier caso tendrá conocimiento del horario de visitas.
- Estará pendiente de cualquier desperfecto que observe y comunicarlo a sus superiores.
- Realizará los cambios de material fungible que sea necesario en la Unidad de Quemados.
- Y siempre guardarán secreto de los acontecimientos que observe o conozca, a los familiares de los pacientes, con ocasión de su servicio en la Unidad de Quemados.
El Celador de la Unidad de Quemados es la persona que se encarga de dar bienestar al paciente, realizar los traslados de pacientes y controlar el cumplimiento de las normas de un centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En la Unidad de Quemados, el Celador de hospital tiene múltiples obligaciones, siendo imprescindible en todas ellas, es un bastón necesario en el que se apoyan los servicios médicos y de enfermería, debe incentivar el carácter amable y empático y mostrar su sensibilidad con los pacientes calificados grandes quemados y sus familiares.

Todo lo que profesionalmente el Celador pueda realizar repercute en gran medida en la recuperación del paciente tan desvalido, ya que este trabajo, aunque no sea sanitario, se complementa con el resto de profesionales destinados en la Unidad de Quemados.
Es necesaria la formación continua de este profesional para mejorar sus hábitos profesionales y tecnificar sus funciones con la finalidad de mejorar el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-de-enfermeria-en-el-paciente-quemado-a-proposito-de-un-caso/
https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-pacientes-quemados-S0212538214000855

Capítulo 537

LA ATENCIÓN PRESENCIAL Y TELEFÓNICA DEL CELADOR

SAGRARIO CONEJO JUEZ

ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS

ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA

ROSA MARIA ARNEDO GIL

ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA

1 Introducción

En numerosas ocasiones el ciudadano se pone en contacto con la Institución Sanitaria para obtener información, consultar dudas, o ponerse en contacto con una determinada persona que forma parte de la Institución. Muchas veces ese primer contacto lo tiene con el Celador, ya sea presencial o telefónicamente, por ello el Celador debe de estar debidamente preparado y formado para que la atención sea satisfactoria para el ciudadano y se resuelva con éxito su petición o consulta. El Celador debe prestar la máxima atención a la persona que está intentando comunicarse con él para aclarar su cierta información que ya posee o para obtener una nueva. El personal celador debe en todo momento ser amable y su trato ha de ser siempre correcto, hay que ser pacientes, saber escuchar y evitar en todo momento herir los sentimientos del interlocutor de tal forma que perciba que nos interesan sus problemas. En este sentido, la educación es fundamental, así como evitar la manifestación de comentarios de superioridad que no tienen

ningún fundamento. Otro aspecto importante a tener en cuenta en el trato con el interlocutor es la individualidad del mismo. Debemos ser conscientes que no hay dos personas iguales, no podemos predecir las reacciones de una persona pensando en lo que haríamos nosotros en esa misma situación. Todo individuo debe ser tratado de acuerdo a su personalidad y comprendiendo, en la medida de lo posible, a quién se está atendiendo. La actitud del Celador hacia las personas es de suma importancia e influirá en la impresión que el interlocutor se lleve de la Institución en general.

2 Objetivos

Objetivos del capítulo:
-Exponer e indicar la importancia y recomendaciones para lograr una adecuada atención telefónica y presencial por parte del celador

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 de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Atención presencial
La prestación de atención y la trasmisión de información al ciudadano constituyen las bases esenciales de ayuda para la percepción y comprensión de las demandas, necesidades y expectativas de los ciudadanos y conseguir así satisfacer sus intereses. El Celador que está en primera línea de atención deberá conocer en todo momento cómo proceder ante las situaciones de demanda diversa y de solicitud de información para obtener éxito en su desempeño. La atención presencial se proporciona a los ciudadanos que son considerados usuarios del Servicio de Salud, a quienes se presta atención con el objetivo de comprender, responder a sus expectativas, adaptando la actividad para lograr la mejor satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de mejoras que aporten valor y persigan las garantías de eficacia y de servicio público.

La comunicación inicial va a influir en el nivel de satisfacción y valoración del Servicio de Salud que el ciudadano pueda percibir, siendo un elemento determinante del éxito de nuestra actuación.

El saludo inicial es obligado, constituye la inexcusable y preceptiva expresión de civismo y cortesía. Tras el saludo es necesario averiguar las demandas y necesidades del ciudadano en relación con nuestro cometido. Debemos adoptar una actitud simpática, situándonos en el lugar de la persona atendida. Es recomendable mirar al ciudadano y utilizar expresiones del tipo ¿Cómo puedo ayudarle?, la comunicación no verbal es muy importante, los gestos, no hacer aspavientos, no cruzar los brazos en posición defensiva, no alzar la voz, utilizar lenguaje comprensible y sencillo, vocalizar, adecuada velocidad en la locución, usar de forma apropiada los silencios. Finalmente, se ha de esperar a que el ciudadano se despida para contestar cordialmente que estamos a su disposición, mostrando actitud empática.

Atención telefónica

La atención de las llamadas telefónicas debe realizarse con rapidez descolgando el teléfono sin superar los tres tonos, siempre que sea posible.

Se debe tener el teléfono próximo y adoptar una posición cómoda, manejando el auricular de modo que se libere la mano que se utiliza para escribir. Debemos esforzarnos en que la vocalización y la velocidad de la locución sean apropiadas para que la comunicación resulte inteligible al receptor.

Al descolgar daremos el mensaje de bienvenida en el que incluiremos el nombre de nuestra ubicación. Es importante que el interlocutor se identifique cuando hay que pasar la llamada a otra persona.

Las demandas de los ciudadanos se pueden clasificar en dos modalidades:

-Solicitar información o demanda sin precisar la participación telefónica de una persona determinada.

-Solicitud de participación telefónica de una persona determinada

En la despedida se debe manifestar agradecimiento al interlocutor por la llamada recibida.

El Celador llevará a cabo su cometido siguiendo estas directrices:

-Tomar la iniciativa, saludando respetuosamente y dirigiendo la mirada al ciudadano.

-Mostrar disposición de ayuda y cercanía

-Preguntar ¿En qué puedo ayudarle?

-Escuchar sin realizar interrupciones, haciendo breves comentarios, mostrando atención y comprensión.

-Comunicar seguridad y confianza en la resolución de la petición.

-La comunicación debe ser veraz, comprensible, honesta.
-Se han de ofrecer disculpas y aclaraciones razonables ante un resultado insatisfactorio para el ciudadano.
-Mostrar actitud activa
-Cortar la comunicación correctamente
-No mantener una conversación paralela, presencial o telefónica.
-No entablar polémica con el ciudadano
-Comunicar de forma precisa.
-Nunca descalificar el trabajo y competencia de los compañeros y/o las ausencias en sus puestos
-Respetar la confidencialidad
-Reparar el error, si se hubiera producido.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo enfocándonos en que, lo general, la atención del celador al paciente y usuario de la sanidad debe tratar de:
-Atender al ciudadano con una conducta útil.
-Tener recursos de actuación ante circunstancias dispares
-Solucionar demandas habituales de los ciudadanos, tanto en forma presencial como telefónicamente.
-Lograr el mayor grado de eficacia en la respuesta
-Contribuir a mejorar el grado de satisfacción de los usuarios del Servicio.
Es fundamental la adecuada formación y conocimiento de estos aspectos básicos por parte del celador para contribuir a dar el mejor servicio posible a todos los pacientes y usuarios del sistema de salud.

6 Bibliografía

1. Decreto 13/2014, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Conserjería de Sanidad.
2. Real Decreto 951/2005, de 29 de julio por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad en la Administración del General del Estado. Habilidades de comunicación interpersonal en las Unidades de Atención al Usuario del S.A.S.
3. León Rubio, J.M: Medina Anzano, J.S. Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario 1ª edición. Sevilla. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías (Universidad de Sevilla) 1997

4. Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública

Capítulo 538

EL CELADOR Y LAS TECNICAS DE TRASLADO Y DEAMBULACIÓN DE LOS PACIENTES

SAGRARIO CONEJO JUEZ

ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS

ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA

ROSA MARIA ARNEDO GIL

ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA

1 Introducción

El traslado se puede definir como "la movilización activa o pasiva de una persona de un lugar a otro". En el ámbito sanitario se llevan a cabo multitud de traslados a lo largo del día y los profesionales encargados de realizar esas movilizaciones son los celadores, ya que es una de sus funciones recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Este estatuto se reflejó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971.

Estos traslados pueden ser realizados desde el medio de transporte a la sala de urgencias, desde la sala de urgencias a diferentes pruebas exploratorias, desde su habitación a otras unidades, desde la habitación hacia el medio de transporte cuando es dado de alta, etc.

También hay que tener en cuenta que estos desplazamientos los hay que hacer en diferentes condiciones, ya que el paciente puede estar en silla de ruedas, en una camilla, en su propia cama, dependiendo de su estado físico y de otras variables como pueda ser las dimensiones del habitáculo al que hay que trasladarlo.
Además de lo señalado hasta ahora, es necesario considerar unas directrices generales antes de hacer un traslado y que los celadores deben conocer.

2 Objetivos

• Conocer las directrices generales antes de hacer un traslado.
• Identificar la técnica de traslado más adecuada para cada paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y además se han analizado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google Académico, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se utilizaron como descriptores de búsqueda las palabras: paciente, celador, traslado, movilización.

4 Resultados

-DIRECTRICES GENERALES ANTES DE REALIZAR UN TRASLADO:
• Planificar lo que se va a realizar y la mejor forma de hacerlo.
• Preparar el equipo básico (cinturón de traslado, tablero para deslizamientos, silla de ruedas, camilla, etc.), comprobando que funciona y que es seguro.
• Eliminar todos los obstáculos presentes en la zona de traslado.
• Informar al paciente acerca del traslado y explicarle cómo puede colaborar paso a paso.
• Aclarar entre los profesionales que van a intervenir, el papel de cada uno.
• Antes de proceder al traslado de cualquier paciente, se debe intentar conocer su estado, siendo imprescindible seguir las instrucciones del personal cualificado para el transporte de los pacientes con lesiones graves.
• En caso de que el traslado se haga en silla de ruedas o camilla, hay que tener en cuenta su inestabilidad.
-TÉCNICA DE TRASLADO DEL PACIENTE DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS

• Actuación ante un paciente que colabora:
-Colocar la silla de ruedas en paralelo a la cama, lo más cerca posible de esta y en el lado que se considere más conveniente para el paciente
-Frenar las ruedas de la silla y levantar los reposapiés de la misma
-Colocar una manta sobre la silla de ruedas
-Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama y a ponerse bata y zapatillas si procede.
-Pedir al paciente que coloque sus brazos por encima de los hombros del celador.
-Pasar los brazos por debajo de las axilas del paciente intentando rodear su cintura.
-Sujetando al paciente, se le ayuda a incorporarse y se le indica que se gire hasta colocarse de espaldas a la silla para proceder a sentarse.
• Actuación ante un paciente que no colabora (se necesitarían dos celadores):
-Hasta sentar al paciente al borde de la cama, seguir los mismos pasos que en el apartado anterior.
-Los celadores se colocan a ambos lados del paciente. Cada uno pasa el brazo más próximo al paciente por debajo de la axila de este. El otro, por debajo de sus muslos.
- Los celadores se cogen de las manos y se ponen de acuerdo, levantando al paciente al mismo tiempo hasta colocarlo en la silla.
-TÉCNICA DE TRASLADO DEL PACIENTE DE LA CAMA A UNA CAMILLA:
• Bajar la cabecera de la cama hasta que quede plana, o a la posición más baja que el paciente pueda tolerar.
• Asegurarse de frenar las ruedas de la cama.
• Colocar la camilla en paralelo con la cama junto al paciente, y frenar las ruedas de la misma.
• Si es posible, colocar la camilla a una altura algo inferior a la superficie de la cama (subiendo la cama, bajando la camilla, etc.).
• Uno de los celadores coloca uno de sus brazos por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo de la espalda del mismo.
• El otro celador coloca uno de sus brazos debajo de la región sacra del paciente y el otro brazo debajo de las rodillas.
• Si se considera necesario, un tercero coge al paciente a la altura de los pies.
• Al unísono, se levanta al paciente y se coloca en la camilla, impulsándolo hacia ellos, que están situados en el borde de la camilla que no está en contacto con la cama.
• Si el paciente lleva puesta una sonda, un gotero o cualquier otro dispositivo, uno de los celadores se ha de encargar de atenderlo.

• Estos pasos a seguir, son igualmente válidos para el traslado del paciente de la camilla a la cama, de la camilla a la mesa quirúrgica o viceversa, de la camilla a la mesa de TAC, etc.
• Otra técnica habitual de este tipo de traslado es el uso de una sábana de arrastre, previamente situada debajo del cuerpo del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Independientemente del medio utilizado, en todo traslado se deben cumplir una serie de normas que el celador debe conocer y dominar:
-Hay que tener en cuenta una correcta sujeción del paciente y de los diferentes equipos o dispositivos que porte (suero, bombas, etc.).
-El paciente tiene que ir en todo momento abrigado y se evitará que esté expuesto a corrientes y a todo tipo de esperas o demoras no justificadas.
-No se le debe abandonar en ningún momento a no ser que se haya recibido una orden expresa que justifique dicho abandono.
-Debe ser desplazado de cara a la dirección del traslado, de manera que sean sus pies (o la parte de la camilla donde estén situados sus pies), los que deben ir en primer lugar abriendo camino, excepto en situaciones concretas (entrada en un ascensor, Paso por una rampa, etc.).
Conocer y dominar todos estos aspectos por parte del celador, redundará en el bienestar del paciente y, por tanto, es fundamental que desde la propia institución sanitaria se forme a este colectivo en técnicas de traslado de pacientes.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal No Sanitario de 5 de julio de 1971. B.O.E. N 174, de 22 de julio de 1971, páginas de 12015 a 12024.
2. Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente, transporte sanitario. Cuaderno: certificados de profesionalidad, Editorial CEP, S.L. Madrid. 2012.

Capítulo 539

EL CELADOR EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DENTRO DE UN HOSPITAL

SAGRARIO CONEJO JUEZ

ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS

ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA

ROSA MARIA ARNEDO GIL

ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA

1 Introducción

El área de urgencias dentro de los hospitales es de las más demandadas por parte de la población, pues es donde más rápido pueden ser atendidos ante cualquier problema de salud.
Los diferentes puestos en una unidad de urgencias son: Boxes, Observación, Rayos X y Puerta.
Saber cuál es el cometido de cada uno de sus integrantes hace que el ritmo de trabajo sea el más óptimo para los usuarios, teniendo en cuenta que es una unidad de corta estancia, donde el paciente será dado de alta después de recibir la atención más adecuada a su patología o bien quedará ingresado en una de las plantas del hospital

Es muy importante que los celadores destinados en el servicio de urgencias cumplan perfectamente sus funciones para garantizar el buen funcionamiento de la unidad.
Por todo esto vamos a intentar explicar cuál es la labor de cada uno de los celadores en este servicio y la importancia de no solo tener los conocimientos que esta unidad requiere, sino también tener una perfecta coordinación con todos los miembros que componen el equipo, tanto el personal médico, enfermería, auxiliares y por supuesto de los celadores.
De todo esto dependerá la fluidez del servicio y de que los pacientes salgan los más satisfechos posibles.

2 Objetivos

Identificar cuál es el cometido de los celadores en el servicio de urgencias de un hospital, informando sobre las diferentes funciones que tienen y lo importante que es esto para poder prestar una buena atención a los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Depende del tamaño del hospital, estarán destinados a estos servicios un número determinado de celadores. Cada uno de ellos deberá saber cuál será su cometido para poder realizar el trabajo con fluidez, es muy importante no interferir en el trabajo de los compañeros para que el servicio de urgencias resulte eficaz y que los pacientes se sientan atendidos correctamente. Se debe realizar el trabajo en equipo, ya que al ser una zona bastante compleja se obtendrán unos resultados óptimos.
La misión de los celadores en los distintos servicios son:
-Celador de puerta

Recibirá a los pacientes, los acompañará a la zona de admisión donde darán sus datos personales y a continuación irán con ellos a la zona de triaje
-Celador de boxes
Es el lugar donde el personal médico reconoce al enfermo, por lo que la misión del celador será llevar y sacar a los enfermos.
-Celador de Rayos X
El celador llevará a los enfermos a que se les realicen las distintas placas de rayos x
-Celador de observación
En este servicio el celador llevará a los pacientes a las camas para que estos queden ingresados las horas necesarias para o bien dar de alta o bien quedar ingresado en alguna de las plantas del hospital
Otra de las áreas existentes dentro de un hospital y al que primero se dirigirán los pacientes a la entrada por el servicio de urgencias y una vez haya sido recibido por el celador será la zona de admisión donde el paciente dará sus datos personales como son: nombre, dirección y números de teléfono a los cuales se dirigirá el médico que ha asistido al enfermo para así poder informar a los familiares.

5 Discusión-Conclusión

Se ha explicado cuál es el cometido de los celadores en el servicio de urgencias de un hospital y lo importante que es esto para poder prestar una buena atención a los pacientes.
Es muy importante que cada uno de los integrantes del equipo de trabajo tengan claro cuál es su cometido, pues de esto depende la buena marcha del servicio, así también no interferir en la tarea de los demás, pues esto supondría ralentizar el trabajo del resto de los compañeros, ya que esto supondría un efecto negativo sobre los pacientes que son realmente y principalmente nuestra mayor prioridad.

6 Bibliografía

1. Info@todoslostestdecelador.com
2. http://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 540

EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL Y EL PAPEL DEL CELADOR

ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA

ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ

YOLANDA SANTOS TOLEDO

ELADIA SALAZAR CARRETON

PAQUI CHOCANO RAMOS

1 Introducción

Se ha demostrado que muchas enfermedades y dolencias son causadas por bacterias y microorganismos que generalmente están presentes en nuestro entorno, originando problemas e infecciones o cuando ingresan en el cuerpo humano, produciendo la enfermedad.
Para evitar estas infecciones en un hospital, es necesario que materiales o aparatos que vayan a utilizarse para tratar al paciente como por ejemplo en un quirófano sean o hayan sido esterilizados antes de utilizarse con cada paciente.
La esterilización se define como la destrucción completa de toda forma de vida microbiana incluyendo las esporas bacterianas, y los priones siendo estas últimas las formas de vida con más alta resistencia a los métodos de esterilización
El principio básico de la esterilización en autoclaves de vapor es la exposición del material a la temperatura requerida a una presión determinada durante un

tiempo especificado. Para lograr la penetración y la difusión del vapor dentro de la cámara es necesario eliminar previamente el aire de la cámara.
Para una correcta esterilización los materiales deberán pasar por unas ciertas etapas de dicho proceso para que se considere que la esterilización has sido perfecta y el material sea estéril, cualquier etapa que no se cumpla con estos materiales en este proceso se consideraran material no estéril

2 Objetivos

- Conocer el papel y labores del personal celador en el área de esterilización de un hospital

3 Metodología

En nuestro trabajo de investigación hemos realizado una búsqueda de información en varias páginas webs relacionadas con el tema en concreto, la esterilización.
También hemos introducido palabras clave en el buscador Google académico como celador y esterilización.

4 Resultados

El servicio de esterilización se divide en áreas donde se realizara el proceso de esterilización:
• Área de recepción del material sucio.
• Área de lavado que será de manera manual o automático.
• Área de revisión, donde seleccionan y preparan el material
• Área de esterilización, esta a su vez se encuentra divida según el sistema empleado para la esterilización de material, por autoclave, por óxido de etileno, etc.
El celador/a podrá encontrarse en cualquiera de estas áreas de la central de esterilización, además de las funciones propias de cada área podrá también realizar las siguientes tareas:
- El celador será el encargado de recoger el material sucio de las plantas, consultas u otros servicios y transportarlos y al área de esterilización para realizar dicho proceso.
–En horarios ya marcados por turnos deberá vaciar o controlar el ascensor de sucio cuando le avisen que viene el material.

• Terminados los ciclos de las diferentes autoclaves que hay en área estéril deberá vaciarlos.
• organizar el material según fecha de esterilización y colocarlos en el contenedor indicado según para el servicio o planta que vayan destinados.
• Colocará del material fungible procedente de los almacenes en su lugar correspondiente
• Transportará el material esterilizado de las diferentes plantas a la central y viceversa.
• Mantener la limpieza y el orden de cualquier área de la central de esterilización en la que esté trabajando.
• No entregar sin autorización de la supervisora material a nadie.
Además de todas estas funciones por parte del celador en esta área en concreto del hospital, el celador también deberá cumplir los siguientes requisitos en dicha área:
• Eficiencia, seguridad y calidad del material estéril.
• Higienizar el instrumental.
• Protección de la salud y seguridad del propio celador/a.
• Eficiencia y protección ambiental.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que como en todas las áreas del hospital, en esta en concreto el personal celador también se encuentra presente y sus funciones serán tan importantes y necesarias como en otras muchas áreas.
Sus funciones como estamos acostumbrados serán muy extensas, pero básicamente se situaran en torno a los materiales por y para esterilizar en esta área no estará tratando con pacientes, todo lo contrario, trabajara con un equipo sanitario, que ira desde enfermería a TCAE y se centrara exclusivamente en el material a esterilizar o ya esterilizado.
Que no falte material estéril en ninguna planta o servicio del hospital que sea necesario será una de las funciones mas importantes del celador, pues nunca se sabe cuando se puede necesitar, no importa el turno de trabajo, ya sea cualquiera de los 3 turnos establecidos mañana tarde o noche.

6 Bibliografía

www.equiposylaboratorio.com
www.revistamedica.com

Google académico www.elsevier.es

Capítulo 541

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARTOS

ESTEBAN RUBIO SOBRINO

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

MARCOS MARTÍN GONJAR

1 Introducción

El embarazo en una mujer es un momento muy importante en su vida, y va a desembocar en el nacimiento de un bebé. Es un proceso biológico humano que dura por lo general unas 40 semanas, y que va a producir cambios en el cuerpo de la mujer y en su estado de ánimo por la hiperactivación de algunos tipos de hormonas y otras sustancias que modificarán muchos aspectos de su vida.
La consecución de hacer llegar un nuevo ser al mundo en las mejores condiciones posibles es misión principalmente de la madre, llevando una dieta alimenticia adecuada, realizando ejercicio moderado, prestar atención al descanso y no realizar conductas de abuso de sustancias adictivas. Juegan un importantísimo papel los servicios médicos que le ayudarán en todo el proceso de gestación y finalmente la ayuda al parto. Y por último y no menos importante, la ayuda de la familia, cuyo apoyo debe ser dar tranquilidad y colaborar en las necesidades de la futura madre.

El período de embarazo finaliza cuando la madre da a luz y el feto comienza su vida extrauterina. El parto es un momento delicado para la madre y su hijo, ya que es en ese momento cuando pueden surgir más complicaciones y por tanto los servicios médicos deben proveer de las mejores técnicas y procedimientos para que ninguna de las dos vidas corra ningún peligro, debiendo estar preparados los recursos humanos disponibles, médico ginecólogo, matrona, enfermera y Celador para solventar cualquier inconveniente con resultado exitoso.

2 Objetivos

Conocer el acceso al paritorio y los procedimientos de atención del paciente en el momento del parto de manera rápida y eficaz.

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 a través de internet, seleccionando los recomendados de la Organización Mundial de la Salud y del gobierno de España, también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

El Celador en el ámbito de esta disciplina es el profesional que traslada a la parturienta al paritorio y es por tanto muy necesario para su adecuado tratamiento. A continuación, se relacionan las obligaciones del celador en la Unidad de maternidad, son las siguientes:

- Tiene la función primordial de trasladar a la embarazada al paritorio cuando desde los servicios médicos se le emplace. Si la paciente se encuentra ingresada y encamada, la manera más rápida es desactivar los frenos de la cama y trasladarla así lo más rápidamente posible, e irá siempre acompañada de su historial clínico.
- Si el traslado se realiza desde el servicio de Urgencias, el Celador que reciba a esta mujer, debe esmerarse en el trato y facilitarle el ingreso, ofreciéndole silla de ruedas para trasladarle lo más rápidamente a la sala de paritorios.
- Será el responsable de hacer llegar al servicio que se le ordene la documentación precisa de cada paciente y las muestras biológicas de orina, heces, sangre, etc., al

laboratorio de anatomía patológica para su estudio a petición del médico correspondiente.
• Será el responsable de trasladar el mobiliario y material que sea preciso y exclusivo de dicha Unidad a petición de la dirección del centro hospitalario.
• Estará atento a que las visitas se realicen dentro del horario establecido por la Dirección del Centro hospitalario, tanto las entradas como las salidas, intentando que cada habitación no supere el aforo permitido.
• Pondrá en conocimiento de su supervisor cualquier incidencia de material que observe, intentando subsanarla si está en su mano.
• Realizará el abastecimiento de material de farmacia pesada, principalmente cajas de sueros, depositándolo en el almacén de la Unidad para evitar su desabastecimiento.
También realizará aquellas otras tareas que se le requiera por el personal sanitario y que estén dentro de sus obligaciones.

5 Discusión-Conclusión

El Celador de hospital, cuando desempeña su labor como celador de la Unidad de partos, se encuentra bajo la supervisión de los servicios médicos y de enfermería para realizar su labor de cara a la paciente embarazada, proporcionándole la atención más básica y cercana posible.
Son unos profesionales no sanitarios imprescindibles y deben someterse a una formación continua para asumir responsabilidades, aunque no sanitarias, que sean adicionales si fuera preciso.
Su continua formación y preparación se refleja en el mejor trato a la paciente en esos momentos tan importantes de sus vidas, ya que es un profesional vocacional y el primer profesional que atiende a la mujer que viene a dar a luz al hospital, manteniendo sus modales y delicadeza en ese momento tan importante para la paciente.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/
https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/casas-de-parto-unidades-de-parto-dirigidas-por-matronas/

Capítulo 542

ERGONOMIA APLICADA A LOS CELADORES EN SANIDAD

MARIA CRISTINA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

Etimológicamente, la palabra ergonomía viene del griego ”ergon” que significa trabajo y de ”normos” que significa Ley, regla. Significa ciencia del trabajo.
Cuando hablamos de ergonomía, nos referimos al conjunto de ciencias y técnicas cuyo fin es la acomodación entre el puesto de trabajo y la persona, reduciendo los efectos negativos sobre la salud del trabajador, con el fin de hacerlo más cómodo e infatigable el puesto de trabajo. La finalidad es promover el bienestar y la salud, reduciendo los accidentes laborales, riesgos del tipo músculo-esqueléticos, fatiga y accidentes. Cuando se mejora la organización de trabajo, se mejora la productividad de los hospitales.
Los cuatro principales tipos de ergonomía son:
- Ergonomía física, se refiere a las posturas que se adoptan durante la actividad profesional.
- Ergonomía cognitiva, se basa en los aspectos psicológicos, como el estrés y según los puestos de trabajo, carga emocional.
- Ergonomía organizacional, es la relación entre el trabajador y la institución.
- Ergonomía ambiental, estudia donde se desarrolla el trabajo, como puede ser la luminosidad, ruido, condiciones ambientales, entre otros.

El artículo 15, de la Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, desarrolla los principios de la acción preventiva, alguno de sus principios generales es:

- Adaptar el trabajo a la persona, así como elección de los equipos y métodos de trabajo y de producción, como mirar, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

Entre los profesionales de un centro sanitario, son los celadores, especialmente los más afectados por diferentes trastornos, entre ellos músculo esquelético, pues su trabajo está directamente vinculado a la manipulación manual tanto de pacientes como de cargas.

2 Objetivos

Los centros sanitarios tienen la necesidad de gestionar y desarrollar acciones y medidas preventivas necesarias para disminuir la aparición de riesgos ergonómicos en los celadores.
En este artículo vamos a describir las medidas para prevenirlos trastornos de origen laboral que se van desarrollando con el tiempo y son provocados por el propio trabajo o por el entorno que se lleva a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en la búsqueda bibliográfica de revistas y libros científicos-sanitarios, además de consultar los artículos específicos en diferentes páginas de internet (PubMed, Scielo, Medline) y revisando la bibliografía de diferentes temarios de oposiciones para celador.

4 Resultados

La figura del celador es una pieza fundamental dentro de la organización del trabajo hospitalario, su principal función es asegurar el bienestar del paciente mediante la realización de diferentes tareas. Su trabajo está directamente vinculado con la manipulación o levantamiento de pacientes para pasarlos de un lugar a otro y también en la movilización de cargas, la presencia de posturas forzadas es muy habitual.

Para mejorar el manejo de la postura y disminuir la aparición de la enfermedad músculo-esquelética tan frecuentes en los celadores, se debe tener en cuenta la

mecánica corporal, con la aplicación de los tres principios básicos que rigen los movimientos corporales (equilibrio, posición y postura).

Algunas de las medidas de prevención para adoptar por parte de los celadores, cuando se manipulan cargas o personas, son las siguientes:
- Cuando se moviliza a un paciente, lo primero es saber qué tipo de enfermedad o lesión tiene, para saber si va a colaborar o no en la movilización y explicarle todos los pasos que vamos a realizar y buscar colaboración.
- Trabajar, si es posible a una altura adecuada, demasiado alto: hipertensión lumbar; demasiado bajo: espalda doblada.
- Siempre es mejor empujar o desliar un objeto que tirar.
- Pedir ayuda a alguien o usar un medio mecánico, cuando se tenga alguna sospecha de que la carga resulte demasiado pesada o difícil.
- Hacer el máximo uso de su centro de gravedad sosteniendo los objetos cerca del cuerpo. La fuerza requerida para mantener el equilibrio del cuerpo aumenta conforme la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo.
- Proteger la espalda, no doblarla incorrectamente. Hacer uso de los músculos de las piernas para moverse y levantarse. De esta forma, el levantamiento estará a cargo de los músculos más grandes y fuertes (abdominales y glúteos).
- El ángulo de tracción óptimo para cualquier músculo es de 90 grados.
- Contraer los músculos abdominales y glúteos para estabilizar la pelvis, antes de movilizar un objeto. Espirar en el momento de la fuerza.

Con la implantación de medidas preventivas se pueden observar resultados positivos, se reducen las lesiones dorsolumbares, los trastornos músculo-esqueléticos, aumento de la productividad y calidad del servicio, se reducen las bajas laborales porque la accidentabilidad baja y se consigue un ambiente laboral más cómodo.

5 Discusión-Conclusión

Con la ergonomía se persigue disminuir los accidentes laborales, mejorar los sistemas de trabajo e incrementar la viveza laboral reduciendo la rutina.
Para combatir y reducir los riesgos ergonómicos en centros sanitarios es necesario entender la ergonomía como una inversión, trabajar en un sistema que permita gestionarlos, comenzando por la identificación de los mismos, así como la formación del personal en técnicas de manipulación de pacientes o cargas.
Los celadores están constantemente expuestos a una serie de riesgos ergonómicos, que no solo tienen un efecto directo en su salud individual, el desempeño de su trabajo repercute en pacientes y en la sociedad, de ahí la importancia de

la inversión en ergonomía, así como la existencia de equipos adecuados para la movilización de pacientes o movilización de cargas.

6 Bibliografía

1. https//www.hospitaldeltrabajador.com
2. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995 de 8 noviembre.
3. Regatero Carrascosa, A. La ergonomía hospitalaria y la necesidad de la prevención
4. ULPGC, Ergonomía y psicosociología aplicada.
5. Manual del celador de Instituciones Sanitarias. Editorial MAD.
6. www.celadoresonline.com

Capítulo 543

EL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

HORTENSIA ROJAS SANCHEZ

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

ANA BONILLA JIMENEZ

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

1 Introducción

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo. La International Agency for Research on Cancer estimó que en el año 2018 se diagnosticaron unos 18,1 millones de cánceres en el mundo. La misma agencia ha estimado que en el año 2020 se diagnosticaron aproximadamente 19,3 millones de casos nuevos en el mundo (últimos datos disponibles a nivel mundial estimados dentro del proyecto GLOBO CAN). Sin embargo, sabemos que la pandemia de la COVID-19 ha afectado el número de diagnósticos de cáncer en muchos países por lo que probablemente el número real de cánceres diagnosticados en 2020 habrá sido menor. Las estimaciones a nivel mundial indican también que el número de casos nuevos aumentará en las dos próximas décadas a 30,2 millones de casos nuevos al año en 2040.

Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo en el año 2020 fueron los de mama (que ocupa la primera posición), pulmón, colon y recto, próstata y estómago, todos ellos con más de un millón de casos.
Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España en 2021 serán los de colon y recto (43.581 nuevos casos), próstata (35.764), mama (33.375), pulmón (29.549) y vejiga urinaria (20.613). A mucha distancia, los siguientes cánceres más frecuentes serán los linfomas no hodgkinianos (9.055), y los cánceres de cavidad oral y faringe (8.188), páncreas (8.697), estómago (7.313), riñón (7.180), cuerpo uterino (6.923) e hígado (6.590).
En la gran mayoría de los hospitales en España, existe una unidad llamada "Oncología", donde puede diferenciarse de la pediátrica y adultos.
En estas unidades, se trata al paciente mediante tratamientos como la quimioterapia, radioterapia y otros. Además, de proporcionar un seguimiento exhaustivo del paciente.
La gran mayoría de los pacientes, debido a los tratamientos agresivos a los que son sometidas sus células, se encuentran inmunodeprimidos, por lo que deben extremarse las precauciones para que el paciente, al encontrase con un sistema inmune deficiente, no pueda contraer diferentes enfermedades, como puede ser una simple gripe, esto podría suponer al paciente oncológico un empeoramiento severo en su salud, e incluso, causarle la muerte

2 Objetivos

- Identificar los diferentes protocolos de actuación que realiza el pinche de cocina ante la manipulación de los alimentos, menaje, cubiertos y bandejas que van destinados al paciente oncológico que se encuentra ingresado en la unidad de oncología de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. 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

Para elaborar, preparar y cocinar las dietas destinadas al paciente oncológico que se encuentra inmunodeprimido a causa de tratamientos como la quimioterapia, es necesario una serie de protocolos de acción para asegurar una asepsia.

- El personal que se dedique a preparar y cocinar los alimentos, deberá lavarse bien las manos y brazos, y se colocará guantes para asegurar la higiene.
- También, es importante que el personal utilice mascarilla, bata y gorro. Así, se evitará que el alimento pueda estar en contacto con el uniforme del profesional, al igual que así se evita que el personal estornude o tosa frente la comida y pueda contagiar bacterias o virus al paciente.
- El personal, deberá ser siempre el mismo, es decir, no debe dedicarse a otros ámbitos o a otros menús mientras se dedica al del paciente oncológico.
- Los instrumentos y maquinaria deberán ser previamente desinfectados y siempre los mismos para la elaboración de los mismos.
- La zona de trabajo se debe encontrar completamente limpia y libre de microorganismos patógenos que puedan empeorar la salud del paciente, y deberá tener un sitio específico para la manipulación de alimentos y material.
- Las bandejas, el menaje, cubiertos y carro donde se trasladen los alimentos a la unidad de oncología, deberán estar bien desinfectados.
- Es importante, que a la hora del traslado a la unidad, el pinche de cocina no toque demasiado las bandejas, para evitar una contaminación.
- La transición del carro de comidas deberá seguir un rumbo fijo, nunca desviarse a otros servicios, y este, será exclusivo de esta unidad.
- Una vez se repartan las bandejas el pinche deberá de hacerlo con cuidado para evitar infectarlas, siempre tratándolas con guantes. Sería un punto a favor, que el pinche, una vez haya llegado a la unidad, se cambie de guantes, así se asegurará la asepsia.

Es muy importante, realizar los protocolos debidamente, de no ser así podríamos empeorar la situación clínica del paciente, haciéndole enfermar o incluso podría causarle la muerte.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con cáncer u oncológicos son pacientes con un sistema inmune muy perjudicado debido a los tratamientos que reciben, por esta razón, el pinche de cocina debe reservar todas las medidas de asepsia posibles a la hora de

preparar, realizar y entregar una dieta destinada a este tipo de personas que se encuentran hospitalizadas.
De no realizarlo correctamente, las consecuencias podrían ser fatales y desencadenar graves problemas, tanto para el paciente, familiares y equipo sanitario.
También, podríamos hablar de problemas socio económicos.
Es por todo esto, que el pinche de cocina brinda con sus conocimientos, la seguridad de que todo se realiza con los procedimientos pertinentes y, por lo tanto, una seguridad y tranquilidad para la persona que sufre un cáncer y tiene un tratamiento tan agresivo como la quimioterapia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 544

APORTACIÓN DEL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA EN EL PROCESO DE LA CALIDAD EN LA COCINA HOSPITALARIA

HORTENSIA ROJAS SANCHEZ

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

ANA BONILLA JIMENEZ

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

1 Introducción

La globalización ha dado como resultado alimentos homogeneizados y tipos que generalmente son menos saludables, de menor calidad y no particularmente sostenibles. Ante esta situación y las distintas crisis sanitarias de la industria agroalimentaria europea, la sociedad demanda cada vez más alimentos sanos, seguros e inocuos, así como éticos y sostenibles. Esto ha hecho que proliferen las certificaciones a nivel nacional e internacional para alimentos y procesos de producción, distribución y distribución, que, junto con las certificaciones basadas en normas UNE y el sistema HACCP, forman la base de un sistema que garantiza la gestión de la seguridad alimentaria y calidad. Las cocinas de los hospitales

son una parte integral de las operaciones complejas como un hospital. Aunque en realidad el protagonista principal son los servicios médicos. En la atención hospitalaria, la realidad es que su condición está muy influenciada por la calidad de las comidas que reciben durante su estadía en el hospital. La percepción del paciente sobre el trato recibido. Cocina acogedora.
La calidad es fundamental para garantizar un tratamiento de calidad en un hospital. Dado que el ayudante de cocina es uno de los empleados de esta cocina y sus funciones están directamente relacionadas con el buen funcionamiento y la calidad del servicio, necesitamos saber exactamente cuáles son estas funciones y cómo se integran. En el proceso más amplio de calidad de la cocina hospitalaria.

2 Objetivos

Objetivos:
- Definir la calidad en la cocina hospitalaria.
- Determinar las funciones del pinche que tienen que ver con dicho ámbito.

3 Metodología

La recopilación de fuentes bibliográficas se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, y Google Académico. Para ello, hemos utilizado las palabras claves calidad, pinche, cocina hospitalaria, cocina, hospital, funciones. De entre todos los resultados en diversos idiomas, se han seleccionado aquellos escritos en castellano en los últimos años.

4 Resultados

Concepto de calidad.
La RAE define calidad como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie". Esto es, la calidad es aquello que nos permite clasificar las cosas según sean buenas o malas, mejores o peores que el resto de su misma categoría.
Así, podemos afirmar que la calidad es relativa, es decir, que implica necesariamente una comparación. Es por ello que el objetivo no puede ser nunca alcanzar la "calidad absoluta", que es un concepto imposible de definir. El objetivo será

siempre ir mejorando, de tal manera que en cada evaluación de calidad el resultado sea mejor que en la anterior.
Dicho todo esto, podemos hacernos la pregunta: ¿cómo realizamos esas comparaciones necesarias para valorar la calidad?
Los indicadores de calidad.
Los indicadores de calidad son datos o conjuntos de datos objetivos que nos permiten valorar la calidad de los procesos, productos y servicios.
Para el usuario, la forma de valorar la calidad de un servicio o producto suele ser subjetiva: se basa en sus gustos, impresiones, sensaciones… Sin embargo, para los profesionales es importante contar con formas de medir objetivamente la calidad de nuestro trabajo, para así poder mejorar y subsanar cualquier error con el que nos encontremos.
Los indicadores de calidad pueden ser de varios tipos:
1. Indicadores de cumplimiento: miden si se han cumplido o no las tareas y/o trabajos asignados.
2. Indicadores de evaluación: detectan los puntos fuertes y débiles del proceso y las oportunidades de mejora.
3. Indicadores de eficiencia: miden los recursos que se han gastado o invertido para realizar el trabajo.
4. Indicadores de eficacia: miden cómo de acertados han sido los resultados de los trabajos y/o tareas.
La calidad en el ámbito hospitalario.
La ISO (Organización Internacional de Normalización) define calidad como la capacidad de un producto o servicio de satisfacer las necesidades declaradas o implícitas del consumidor a través de sus propiedades o características.
Evidentemente, este concepto de calidad tiene un gran componente subjetivo, ya que cada usuario tendrá sus propias necesidades y preferencias. En ocasiones, puede suceder incluso que las necesidades del usuario desde nuestro punto de vista no coincidan con las que él mismo considera que tiene.
Todo esto hace que lograr la satisfacción del usuario sea complicado, ya que lo que para un usuario es positivo para otro puede no serlo, y viceversa.
Además, en el caso del ámbito hospitalario se complica aún más debido a una serie de dificultades intrínsecas a su situación, como son:
1. El entorno hospitalario: no resulta agradable para nadie, y dificulta la tarea de proporcionar una experiencia satisfactoria para el usuario.
2. La enfermedad: en muchas ocasiones interfiere con el sentido del gusto, hace que los usuarios se sientan desganados y sin apetito.
3. La elaboración masiva: por cuestiones logísticas, las comidas se elaboran con

antelación, por lo que es difícil garantizar que cada usuario va a recibir su comida recién hecha.
4. La distancia: el trayecto entre la cocina del hospital y las habitaciones suele ser lo suficientemente largo como para que la comida pierda temperatura y calidad en su aspecto y textura.
5. El horario: los usuarios deben adaptarse a los horarios del hospital, resultando imposible servir a cada uno de ellos a la hora que ellos preferirían.
6. La dieta: aunque siempre es saludable y equilibrada, la dieta del hospital en general no suele ser del gusto de la mayoría de los usuarios.
Es importante tener en cuenta todos estos factores, ya que ofrecer un servicio de calidad en hostelería hospitalaria no consiste solo en cumplir con los objetivos de calidad interna, sino también con las expectativas de los usuarios.
Papel del pinche en la cocina hospitalaria.
En el contexto de los Servicios de Salud, el pinche tiene cuatro funciones básicas:
1. Bajo las órdenes del Cocinero o Cocinera, efectuarán la preparación de los víveres para su condimento.
2. Encendido y mantenimiento de hornos y hogares, así como su limpieza.
3. Limpieza de los útiles de cocina y comedor; limpieza de los locales de cocina y anexos.
4. Los destinados en planta ayudarán a servir la comida a los enfermos y personal de la Institución con derecho a manutención; realizarán la limpieza de los útiles de cocina y comedor con destino en los oficios de planta y los locales de los mismos, teniendo a su cargo el traslado de ropas que sea preciso.
Estas funciones se traducen en las siguientes tareas básicas:
1. Recepción y almacenamiento de las mercancías
- Controlar las existencias e informar al supervisor cuando se necesite hacer más pedidos.
- Desempaquetar y almacenar las existencias en congeladores, armarios y otras áreas de almacenaje, siguiendo los protocolos y normativas correspondientes.
2. Conservación de alimentos
- Conservar y envasar las materias primas y las elaboraciones, atendiendo al tipo de género y sus necesidades particulares: temperatura, humedad, técnicas, etc.
3. Manipulación y preelaboración de materias primas
- Preparación de las materias primas y ayuda en las elaboraciones básicas como salsas, aliños, sopas, siguiendo las instrucciones del cocinero o jefe de cocina y las buenas prácticas de higiene.
- Medir, preparar y mezclar ingredientes, realizando procedimientos como picar, cortar, teniendo en cuenta las buenas prácticas para su aprovechamiento.

4. Limpieza y mantenimiento de utensilios y equipos
- Mantener limpia la zona de trabajo y la cocina siguiendo las normas de higiene y las instrucciones de seguridad de los productos de limpieza en cuanto a toxicidad y riesgo para el medio ambiente.
- Lavar y escurrir platos y utensilios y colocarlos en el lugar adecuado.
- Uso, limpieza y manipulación correcta de equipos siguiendo las instrucciones de manejo y atendiendo a las normas para evitar consumos y costes innecesarios.
5. Distribución y emplatado
- Preparar los platos para servir respetando las condiciones higiénicas básicas y utilizando los equipos de protección individual adecuados.
- Utilizar equipos como baño maría, mesas calientes, etc. y controlar que los platos se mantengan a la temperatura correcta hasta el momento de ser servidos.

5 Discusión-Conclusión

La calidad en el ámbito de la cocina hospitalaria debe medirse no solo con los objetivos internos sino también con la satisfacción del usuario. La cocina hospitalaria tiene una serie de características que hacen la satisfacción del usuario más complicada que en otros ámbitos.
El pinche de cocina hospitalaria tiene dentro de sus funciones una gran variedad de tareas que influyen directamente en la calidad del servicio. Por otro lado, existe una necesidad creciente de asegurar ciertas características de calidad y/o seguridad de los alimentos que son de interés para los consumidores. En este ámbito, hay un número creciente de certificaciones, como certificados de bienestar animal, certificaciones FACE o ELS para productos sin gluten. El personal de cocina del hospital también debe poder identificar todos estos certificados para evaluar y verificar la calidad y seguridad de los ingredientes utilizados.

6 Bibliografía

1. Plaza SP. Restauración en servicios hospitalarios. Editorial Vértice; 2010 Apr 9.
2. Gómez Sánchez MB. Evaluación y mejora de la calidad en la alimentación hospitalaria. Proyecto de investigación:. 2015 Dec 1.
3. ARMENDÁRIZ SANZ JL. Gestión de la calidad y de la seguridad e higiene alimentarias 2ª edición 2019. Ediciones Paraninfo, SA; 2019.
4. AEC: Asociación Española para la Calidad [Internet]. Asociación Española para la Calidad. 2020 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: https://www.aec.es/

5. AEC: Asociación Española para la Calidad [Internet]. Asociación Española para la Calidad. 2020 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: https://www.aec.es/
6. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 545

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU TRABAJO CON EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS

HORTENSIA ROJAS SANCHEZ

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

ANA BONILLA JIMENEZ

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

1 Introducción

Las vitaminas son sustancias que se consideran esenciales para nuestro organismo, que no pueden ser sintetizadas, o si lo realizan es en cantidades insuficientes, con lo que tienen que ser incorporadas a través de la dieta.
Las vitaminas se clasifican en dos grandes grupos, hidrosolubles y liposolubles, y ambos se distinguen entre sí en la forma de actuación en el organismo.
En este caso hablaremos de las vitaminas hidrosolubles: se denominan así porque se disuelven en agua y, por lo tanto, se eliminan a través de la orina, por lo que es fundamental consumirlas de forma habitual a través de alimentos. Estas vitaminas se eliminan fácilmente, tanto cuando los alimentos que las contienen son almacenados como cuando son tratados con procesos térmicos.
Entre las principales vitaminas encontramos las del complejo B (B1, B2, B3, B5,

B6, B8, ácido fólico y B12) y la vitamina C.
En esta ocasión hablaremos del ácido fólico o b9. Todos los folatos tienen en común que la molécula está formada por un anillo que debe estar parcialmente reducido para poder encontrarlo en alimentos y en el organismo. En cuanto a su metabolismo, en los alimentos, los folatos se encuentran en su mayoría en forma de poliglutamato unido a proteínas, que son las formas intracelulares, y son liberados de estas proteínas por las proteasas intestinales, mientras que las formas extracelulares son monoglutamatos.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina las funciones principales del ácido fólico en los alimentos sobre nuestro organismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando los monoglutamatos son absorbidos en la superficie intestinal, estos pasan a circulación general para dirigirse al hígado y a tejidos que sufren una gran cantidad de divisiones celulares, como el extrahepático, la médula ósea, la mucosa gastrointestinal y el sistema inmunitario. Los monoglutamatos son metabolizados sobre todo en el hígado, donde son reducidos y metilados para pasar a la circulación y dirigirse a distintos tejidos e internalizarse en la célula gracias a un sistema específico.
El folato, excretado como tal, es reabsorbido en el túbulo proximal. Otra excreción importante tiene lugar en la vesícula biliar, aunque gran parte se reabsorbe en el intestino delgado. También pueden encontrarse pérdidas fecales.
En cuanto a la función, se pueden formar numerosos compuestos implicados en procesos de donación y captación de moléculas de carbono, lo que hace posible

que ocurran diversas reacciones. Además, interviene en la síntesis de nucleótidos y actúa juntamente con la vitamina B12 en la eritropoyesis.
Respecto a las ingestas diarias recomendadas, se sitúan en torno a los 400 microgramos (μg) de folatos, aunque este valor aumenta en mujeres gestantes, ya que esta vitamina es esencial para el crecimiento y la producción de ADN, por lo que es necesaria para formar tejido en el feto. Si este no se consume en cantidades adecuadas, el feto tiene altas probabilidades de padecer espina bífida. Los alimentos que contienen mayor concentración de ácido fólico son las verduras y las hortalizas, pero también en legumbres, frutos secos y algunas frutas. De origen animal, solo el hígado es una buena fuente.
El déficit de esta vitamina puede traer consigo muchas enfermedades relacionadas con la sangre, como anemia megaloblástica (llamada así por el gran tamaño que poseen las células de la médula ósea debido a que la maduración del citoplasma es mayor que la del núcleo, lo que provoca anemia, astenia, trastornos del sueño y la memoria, irritabilidad, convulsiones y demencia), defectos en el tubo neuronal, etc.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo destacando que el pinche de cocina entiende de las funciones principales del ácido fólico en los alimentos sobre nuestro organismo y de la importancia que tiene a nivel sanitario . 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.
Por último, 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-esy-beneficios

Capítulo 546

CRONOGRAMAS Y DETERIORO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL.

MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ALEJANDRO ARGÜELLES ARANGO

NOEMI VILA BERANDON

SONIA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

AZUCENA FERNÁNDEZ ZAPICO

1 Introducción

El funcionamiento de la sociedad actual, las 24 horas del día, obliga a las organizaciones, y en consecuencia sus empleados, a tener horarios que van en contra de los ritmos biológicos del ser humano, y del ritmo natural de la vida. En el personal sanitario, los horarios por turnos y sobre todo las guardias, fuera de horas normales del día, es un tema muy importante por sus implicaciones en la salud física y mental de quienes los realizan.
El profesional que trabaja a turnos es aquel que presta sus servicios en horas diferentes, en un periodo determinado de días o de semanas. Es una forma de organización del trabajo en equipos, por lo que el trabajador ocupa sucesivamente el mismo puesto de trabajo, según el ritmo continuo/discontinuo, realizándose obligatoriamente de forma rotativa por los componentes del grupo laboral. En el

sector de profesionales de la salud, estos turnos de trabajo son muy irregulares o prolongados, llegando a causar trastornos de salud en los sanitarios.
Las principales consecuencias negativas que este tipo de programación genera sobre los trabajadores del sector sanitario, son a distintos niveles, baja productividad, baja atención al paciente, incremento del absentismo, y sobre todo lo más delicado, sobre la negativa calidad de vida de estos profesionales donde llega la aparición de Síndrome de Burnout en muchas ocasiones. No es raro encontrar entre los profesionales sanitarios médicos turnos de trabajo con tandas de 36 a 48 horas, lo que podría hacer cometer errores debido a la fatiga. Por ello, algunos países han limitado los turnos a una duración más corta.
Independientemente de la duración de los turnos, el simple hecho de cambiar el ritmo natural de vigilia-sueño, debido a las interrupciones crónicas del ritmo circadiano, genera un mayor riesgo de desorden del sueño-vigilia, problemas gastrointestinales y cardiovasculares.
El síndrome de burnout, descrito por Freudenberger en los años setenta, y definido como una caracterización con la presencia de altos niveles de agotamiento personal y despersonalización y una reducida realización personal. Este síndrome se presenta principalmente en la población sanitaria por las cargas de trabajo y la privación del sueño compensador, cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales de estrés sostenido. En el desarrollo de este síndrome interviene factores ambientales, culturales y personales. Entre los factores ambientales, se observa en los profesionales sanitarios, en especial entre los médicos y enfermeros, que los turnos y horarios de trabajo tienen especial incidencia sobre la prevalencia de la aparición del burnout.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo es analizar la literatura científica existente acerca de la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición de trastornos, tanto físico y mentales, que puedan generar una deficiente calidad de vida para estos profesionales, y una mala calidad asistencial a los usuarios de los servicios de salud.

3 Metodología

La metodología utilizada para nuestro trabajo ha sido realizar una búsqueda documental bibliográfica de trabajos y artículos de investigación sobre el efecto de los turnos y guardias de trabajo sobre el personal sanitario, en bases de datos

localizadas en internet en páginas científicas como Cochrane, Pubmed, Medline, Lilac, etc., y en revistas científicas.
Nuestra búsqueda se realizó entre los meses de noviembre 2019 y enero 2020, y el intervalo aceptado para las publicaciones elegidas ha sido desde 2004 hasta 2019.
Las palabras claves o indicadores elegidos para nuestra búsqueda han sido: turnos de trabajo, personal sanitario, burnout.
En una primera fase se revisaron todos los artículos y trabajos localizados y se retiraron los que fueran duplicados, quedando después de este primer filtro unos 26 trabajos seleccionados.
En una segunda fase, a estos trabajos seleccionados se procede a implementar los criterios de inclusión/selección. Los criterios de inclusión han sido ser trabajos de acceso a texto completo, en lengua castellana, aportar datos objetivos y científicos sobre el tema tratado. Los criterios de exclusión fueron no ser lengua castellana, no ser relacionados con la población sanitaria, no tener acceso a texto completo.
Al final de nuestra selección se identificaron 10 trabajos de inclusión a nuestra investigación.

4 Resultados

En la primera aproximación al tema de los trastornos generados por los turnos y las guardias en la población sanitaria, observamos que los colectivos principalmente afectos por esta situación de cronograma son los colectivos de enfermería y colectivo médico, y a ellos haremos las principales referencias. Sin embargo, con son dos grupos de profesionales que no coinciden en turnicidad, ni en corrido de horas realizadas, para no incurrir en sesgo, los analizaremos por separado.
En cuanto a los resultados observados en el colectivo médico, podemos señalar que el síndrome de burnout tiene especial incidencia en los médicos en formación o los médicos residentes. Hasta un 45% considera presentar o haber presentado algún tipo de alteración física o psíquica relacionada con el desarrollo de su profesión, y hasta un 40% asocia directamente su desgaste con el exceso de demanda soportado habitualmente en sus consultas.
Otro dato importante observado en nuestro estudio es que el índice de suicidios en este colectivo es superior a la media a la media de la población general. Dentro de los factores de riesgo se implican factores psicosociales como el contacto con el sufrimiento y la muerte, falta de recursos materiales, pero también las largas jornadas de trabajo, los horarios irregulares, etc. Varios estudios indican el alto grado de quemazón de los médicos residentes, achacando el mismo al número

importante de guardias que estos realizan al mes.
Las áreas de salud más afectadas por el burnout en el grupo médico son urgencias, intensivo y paliativo.
Otros aspectos importantes a valorar en el grupo médico como consecuencia de un desajuste de horarios son los accidentes de tráfico tras un turno nocturno, las posibles alteraciones de su rendimiento profesional y su recuperación en la salud del paciente. Varios autores indican que los accidentes de tráfico de un médico después de una guardia de 24 horas son 2,3 veces superior a las probabilidades de sufrir un accidente a los que trabajaron menos de 24 horas. Otros trabajos de investigación evidencian que los trabajadores de turno nocturno presentan una reducción en la seguridad cuando conducen de regreso a casa.
En nuestra búsqueda hemos localizado artículos que aportan que el médico tras trabajar 3 noches consecutivas en 3 días consecutivos presentan una disminución de su rendimiento.
En resumen, los turnos de trabajo y las guardias pueden repercutir sobre la salud del médico, tanto física como psíquicamente, apareciendo trastornos psicosomáticos, y se aprecia un notable descenso del rendimiento, un estado de ánimo negativo, alteraciones del sueño, alteraciones cardiovasculares y un estrés elevado, en un probable deterioro de su relación con los pacientes.
El personal de enfermería es otro colectivo de profesionales de la salud que también se ve afectado por la turnicidad. Varios estudios indican y describen los problemas que pueden presentarse en enfermeras con turnos y horarios que distorsionan los ritmos circadianos vitales, y en especial del ritmo vigilia-sueño. Los datos más significativos que hemos extraído son que el personal de enfermería está más despersonalizado y menos realizado que el grupo de auxiliares/técnicos. Los turnos de trabajo de 16 horas de los enfermeros hacen en nuestro caso la diferencia.
La comisión de errores de administración de medicación, en varios estudios reconocida, podía llegar hasta el 20%, y eran relacionadas fundamentalmente con causas de los turnos de trabajo nocturno, caras de trabajo, etc.
En un estudio realizado en varios hospitales, se detectó una diferencia significativa entre la calidad percibida del sueño diurno en comparación con el sueño nocturno del personal de enfermería.
En relación al área de mayor incidencia de la turnicidad es la de cuidados paliativos, donde se localizó el mayor desajuste personal debido a los turnos y las guardias.

5 Discusión-Conclusión

Las largas jornadas de trabajo, servicios de guardia durante la noche y la rotación de turnos, son características implícitas de la práctica sanitaria hospitalaria, que no se pueden hacer desaparecer de la práctica diaria.
La identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que pueden estar expuestos los trabajadores de la salud, permitirá adoptar medidas preventivas, que pueden ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de estos profesionales.
Se debe insistir en que la programación de las guardias sea realizada y dada a conocer con antelación y con tiempos adecuados para producirse la recuperación, ya que se ha demostrado que estas medidas contribuyen a disminuir el estrés y permiten otorgar mayor autonomía del tiempo a los sanitarios. Es un hecho de importancia, ya que algunos sanitarios, debido a las consecuencias de los turnos de trabajo, pueden abandonar el ejercicio o enfermar.

6 Bibliografía

Ambar Deschamp,P.; Olivares Román SB; De la Rosa Zabala, KL y Asunsolo del Barco , A. influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Med Segur Trab 2011; 57(224) 224-241.
Barahona Madrigal, AI; Vidaurre Mora, EJ; Sevilla Acosta, FJ; Rodríguez Rodríguez, J y Monge Escobar, SE. El trabajo nocturno y sus implicaciones en la salud de los médicos, enfermeras y oficiales de seguridad de los hospitales de la caja Costaricense del seguro social. Vol. 30(1), Marzo 2013.ISSN 1409-0015.
Hernández, E, et al. (2000). Alteraciones circadianas del sistema cardiovascular. Rev Esp Cardiol, 53, 117-122.
Hiriart, M (2005). Ritmos biológicos endocrinos y glándula pineal. En Drucker R. Fisiología Médica. España: Manual moderno, 5, 513.
Martínez, D t Sfredo, M. (2010). Circadian rhythm sleep disorder. Indian Journal of Medical Research, 141-149.
Mingote Adán JC. Síndrome "Burnout", Síndrome de desgate profesional: Monografía de Psiquiatría. 1977; 5: 1-44.
Moreno Jiménez B, González JL, Garrosa E, Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida, En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2001.
Portella Ribero, J; Pereira Rocha, L; Demutti Pimpao, F; Ruta Porto, A y Buss Thofehrn, M. implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo

de enfermería: una revisión integradora. Revista electrónica de Enfermería, Julio 2012, nº27, ISSN 1695-6141.
Ruiz de la F., M; Cifuentes M., MT; Segura B.,O; Chavarria S., P. y Sanhueza R., X. Estado nutricional de los trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. Rev Chil Nutr Vol.37, nº4, Diciembre 2010.
Triguero, M. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital publico universitario en la ciudad de Pinar de Río, Cuba. Psicología: Teoría y Práctica, 54-62.

Capítulo 547

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SECTOR SANITARIO

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

JONATAN VICENTE BARROSO

ANTONIA RUIZ PINILLA

MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

1 Introducción

Este servicio ofrecen información sobre las prestaciones y servicios sanitarios, derechos y deberes de los usuarios, las garantías en el ejercicio de los derechos y tiempos máximos de respuesta, etc.
Para actuar su conducta al contexto necesita contar con una serie de habilidades, capacidades, disposiciones, destrezas y actitudes que le permitan saber qué hacer para comportarse de manera eficaz. Por tanto, para el auxiliar administrativo es fundamental tener conocimiento de las reglas psicológicas, sociales, culturales y lingüísticas que rigen en su cultura.
El personal administrativo que trabaja en el ámbito sanitario debe conocer las necesidades que demanda el paciente y las dificultades que les supone realizar

el trámite, es por ello que la información recibida por parte del personal de la salud, tiene que ser accesible y suministrada en términos adecuados y con el fin de clarificar las dudas existentes respecto a su enfermedad.
Una de las funciones principales que tiene el auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad es la atención al usuario. Es fundamental que los trabajadores de este sector cuenten con una serie de cualidades y habilidades comunicativas que les permitan afrontar las situaciones que se presenten en su día a día, en la relación con los pacientes, los familiares y con sus propios compañeros.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la atención del Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de atención al usuario tiene distintas funciones como son:
- Se encarga de recibir y atender a los pacientes en un primer contacto en el centro sanitario.
- Informar a los pacientes y familiares cuando asisten o ingresan en los centros sanitarios.
- Garantizar los derechos de los pacientes y usuarios.
-Gestionan las visitas tanto de pacientes como de acompañantes.
- Tramitan diferentes prestaciones y todo tipo de gestiones administrativas necesarias para el usuario.
- Acompañan y atienden a los pacientes y a sus familiares a los distintos servicios.
- Recibir y tramitar quejas, reclamaciones y sugerencias presentas por los usuarios.
- Responder a las quejas y reclamaciones que propone el usuario o paciente.

- Informar sobre los servicios a los que pueden acceder.
- Cuidar del cumplimiento de las obligaciones de los usuarios y todas las funciones destinadas a mejorar la estancia de los pacientes en el centro sanitario.

Los Servicios de Atención al Usuario se encargan de atender a los pacientes y familiares en un ámbito cercano, en representación del centro y de la organización sanitaria. Por otro lado, dan apoyo a la actividad asistencial y realizan una fundamental función de mediación entre usuarios y organización para resolver conflictos.

Es necesario formar a los profesionales en técnicas de comunicación como son la empatía, la asertividad y la escucha activa. Existen una serie de señales verbales y no verbales que nos ayudan a conseguirlo:

- Señales verbales: La comunicación verbal se refiere a las palabras que utilizamos y a los tonos de nuestra voz.
- Señales no verbales: La comunicación no verbal hace referencia a un gran número de canales como son: contacto visual, gestos faciales, movimientos de brazos y manos, distancia social o la postura.

5 Discusión-Conclusión

Los Servicios de Atención al Usuario son imprescindibles para atender y gestionar la demanda solicitada para atender a los pacientes, familiares y usuarios y para dar soporte a los sanitarios y al proceso asistencial en su totalidad.

El personal administrativo es el encargado de recibir al paciente, ofrecerle toda la información necesaria y darle su adecuada identificación. En relación a la percepción del paciente se interpretó que existe un estado de confianza dependiendo de cada integrante del servicio hacia el auxiliar administrativo.

La formación de los auxiliares administrativos del sector sanitario va a convertirse en fundamental para la atención óptima al usuario y pacientes de los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

https://medlineplus.gov/spanish/
www.revistamedica.com
www.google.es

Capítulo 548

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CITACIONES EN EL CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

JONATAN VICENTE BARROSO

ANTONIA RUIZ PINILLA

MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo de la unidad de citaciones realiza una labor importante ya que ha de conocer en cada momento que tipo de cita ha de programar para atender ambas demandas, atención primaria y atención especializada.
Según establece la Ley 14/986, de 25 de abril, General de Sanidad en su artículo 65.2, "El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia."
También se hará mención a la definición de Centro de Salud que nos aporta el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud en su artículo 2.1"El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el

desarrollo de una exención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúen en el mismo.
Por otro lado, y como establece el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud en su artículo 5.1 "Los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada Área de Salud, así como las de investigación y docencia".

2 Objetivos

Describir el papel del auxiliar administrativo en la unidad de citaciones en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en artículos relacionados y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave "citaciones en un centro hospitalario".

4 Resultados

El auxiliar administrativo de citaciones, ha de manejar, controlar y conocer las agendas de las distintas especialidades que existen en el hospital para programar y reprogramar cada una de las citas eficazmente y evitar así listas de espera interminables que enfurecen al paciente. Por todo ello debe de existir una estrecha comunicación entre dicha unidad y los responsables de cada especialidad existente.
El auxiliar administrativo de la unidad de citaciones en el ámbito hospitalario tiene que dominar el protocolo y la normativa interna para distinguir cuando una cita es realizada por atención primaria o por atención especializada, por el propio hospital o por el servicio de urgencias, ya que dependiendo de una u otra se debe realizar de forma diferente. Las citas efectuadas por los profesionales de atención primaria para una primera consulta hospitalaria son llevadas a cabo

por el propio centro de salud a través de las aplicaciones informáticas oportunas y son gestionadas por el auxiliar administrativo de la unidad de citas del hospital de referencia correspondiente. Sin embargo, cuando una cita es parte del seguimiento sucesivo de un paciente esta es tramitada directamente por el propio hospital. Así mismo, las citas realizadas en el servicio de urgencias son ejecutadas por el propio servicio, siendo esta la unidad de citaciones quien se encarga de su gestión.
Actualmente, en los hospitales y teniendo en cuenta la gran cantidad de datos personales con los que se trabaja, se ha hecho uso de las nuevas tecnologías implantando un sistema informático de pantallas y códigos en los que no se visualiza ningún dato personal a la hora de llamar al paciente para ser atendido en la consulta. Debido a ello, el auxiliar administrativo de esta unidad debe tener el conocimiento de la normativa vigente que viene relacionada con la protección de datos. Después del ataque viral sufrido en los últimos años se ha incorporado en algunos hospitales un sistema de cita online, mediante el cual se evitan colapsos innecesarios, ya que es el propio usuario el que gestiona su cita con el especialista.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de citaciones es una herramienta vital para la asistencia continuada del paciente a nivel sanitario.
El auxiliar administrativo de esta unidad realiza un trabajo esencial con la gestión, la organización y la programación de las citas en atención especializada e interconsulta médica, para ello ha de utilizar con agilidad los sistemas informáticos, conocer los protocolos y la normativa vigente de cada centro sanitario.
Así mismo, entre la unidad de citaciones y los responsables de cada especialidad asistencial existente en el hospital debe de existir una intercomunicación clara, concisa y organizada para el desarrollo de las agendas de citas, lo que nos llevará a la elaboración de una consulta médica intachable.

6 Bibliografía

www.scielo.org
www.revistamedica.com

Capítulo 549

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES EN UN ARCHIVO HOSPITALARIO

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

JONATAN VICENTE BARROSO

ANTONIA RUIZ PINILLA

MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

1 Introducción

El archivo es muchas veces el lugar más olvidado o apartado del hospital en el que nadie se da cuenta, y que, sin embargo, tiene un papel fundamental en el engranaje del funcionamiento del mismo.
El objetivo consiste en realizar la labor de archivo de manera eficiente para evitar los agobios y el desorden, así como para lograr cumplimentar en tiempo y forma la actividad diaria. El personal administrativo que trabaja allí, realiza una labor exhaustiva de custodia y clasificación de la documentación clínica.
Dentro de las funciones del Auxiliar Administrativo que podemos encontrar está la que desarrolla en el departamento de Archivos Clínicos dentro de un hospital.

Sus labores varían semanalmente en función del turno en el que trabaje. En este tipo de trabajo se requiere organización y capacidad de 'multitarea'.
Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo dentro del archivo de un ámbito hospitalario y sanitario son muchas y variadas. Estas se deben aplicar en las diversas áreas principales de atención, que son la atención de emergencia, atención ambulatoria y la hospitalización. Deben desarrollar funciones y objetivos para la gestión operativa de procesos administrativos de acceso y tratamiento de médicos y pacientes para facilitar y garantizar una accesibilidad fácil y rápida.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones que realiza un auxiliar administrativo en el archivo en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la realización 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.

4 Resultados

Las diferentes fuentes de información exponen que los principales procesos que se llevan a cabo los auxiliares administrativos son indispensables y muy variados en dinámica.
Dentro de las funciones que realizan, encontramos las siguientes:
• Encargase de la atención de solicitudes urgentes de historia clínica, por un lado, de solicitudes de servicios de emergencia y, por otro lado, los procesados urgentes por consultas externas.
• Atención de solicitudes de informes de actividades planificadas. Se estima que al día se elabora una media de 500 historias clínicas para las actividades planificadas que incluyen consultas externas, citas, investigaciones y, en casos excepcionales, otras tareas como controles médicos, administrativos y forenses, etc. La atención a las solicitudes de los pacientes ambulatorios incluye la preparación de listas, la asignación de nuevos números de historia clínica, un promedio de 15 diarios, la impresión de documentos y la recuperación de registros.

• Codificar episodios de atención y preparar un conjunto mínimo de datos de referencia. El alta hospitalaria y la cirugía sin hospitalización están codificadas. Es por eso que el documento original que se utiliza para ello es la historia clínica, que los servicios del hospital y quirófano devuelven al archivo a diario.
• Ocuparse de la aceptación y almacenamiento de registros médicos, los registros del servicio de emergencia se devuelven a la documentación clínica en la mañana después de brindar la asistencia al paciente, con la excepción de los pacientes ingresados.
• La atención de solicitudes externas de documentación e historias clínicas y solicitudes de protocolos. Estas solicitudes provienen del juzgado, por orden del hospital, reconocimiento médico y del propio paciente o personas debidamente autorizadas, siempre deben hacerse por escrito. El médico, posteriormente, selecciona la documentación de historial adecuada para cada solicitud.

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar Administrativo deber ser capaz de priorizar sus tareas, dependiendo de la urgencia que requiera cada situación y momento, esto hará que se consiga un servicio eficaz, algo que en ocasiones puede complicarse debido al gran volumen de historias clínicas que se pueden manejar a diario.
La figura de los auxiliares administrativos de archivo dentro de un hospital es muy necesaria e indispensable para un correcto funcionamiento hospitalario. Es primordial salvaguardar la identidad de cada paciente para su correspondiente evaluación y seguimiento.
El archivo de historias clínicas es la unidad hospitalaria que tiene como función la guarda y custodia de las historias clínicas generadas en el hospital.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 550

LA INTEGRACIÓN LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON DIVERSIDAD FUNCIONAL DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO

RUFO JUAN JIMÉNEZ

MARGARITA BERMEJO BARRIUSO

MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN

NOEMÍ DURO SANCHEZ

PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La dificultad en la integración laboral para aquellas con diversidad funcional, al igual que en el ámbito educativo o social, es una cuestión claramente definida en los distintos Eurobarómetros, llevados a cabo de forma periódica en los últimos años. Un dato, tan contundente, que señala que más del 90% de los españoles, se inclinaba por la necesidad de adoptar medidas concretas que proporcionen igualdad de oportunidades a las personas con diversidad funcional en sus puestos laborales.

Asimismo, también desde Instituto Nacional de Estadística, se obtienen datos donde reflejan que aproximadamente un tercio de las personas con diversidad

funcional en edad de trabajar se encontraba en situación de activo. El resto (dos de cada tres personas) no han tenido inserción en el mercado de trabajo.
Llegados a este punto, se hace indispensable la adopción de medidas de apoyo que fomenten el desarrollo de políticas de integración laboral, lo cual incidirá indiscutiblemente en la reducción de la exclusión social de este colectivo.
En la actualidad, todavía queda un largo camino hacia la visibilidad, la igualdad de oportunidades y, en definitiva, encontrar nuevas formas de satisfacer las necesidades sociales, que no están oportunamente cubiertas y que hay que luchar para que sean igualitarias para todo tipo de personas.

2 Objetivos

Analizar aquellos aspectos fundamentales, causas y medidas a desarrollar para los auxiliares administrativos con diversidad funcional dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

El presente capítulo se ha elaborado mediante una investigación sistemática consistente en una revisión bibliográfica de libros y artículos científicos publicados en diversas bases de datos, tales como PubMed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación se pueden destacar los siguientes objetivos:
- Causas que afectan a la interacción entre personas con y sin diversidad funcional.
- Medidas a desarrollar ante la situación de diversidad funcional.
- Planificación y estrategias basadas en el problema y en la emoción.

El auxiliar administrativo dentro del ámbito sanitario, con diversidad funcional, puede interpretar de un modo negativo la intención de apoyarles, pueden entender que no es necesario o incluso, mantener la presunción, que si recibe ayuda se siente menor o inferior.
A continuación, se enumeran una serie de posibles razones que pueden estar en el origen de una inquietud, preocupación o ansiedad:

- Estar en el punto de mira: ser el centro de la interrelación, de modo que el estigma se convierte en un factor primordial para analizar sus actos. Por tanto, se va a definir al trabajador por su estigma, no por su situación o personalidad.
- Tener una imagen negativa de sí mismo y su estigma: dará lugar una peor autoestima, un incremento del aislamiento, un estado de ánimo negativo y una carencia de interés por relacionarse con otras personas, puesto que no tienen una visión positiva sobre el éxito de la interrelación social.
- Temor al rechazo: el trabajador con algún estigma logra el éxito en la interrelación en la medida que es aceptado por el otro. El problema añadido es la ansiedad que surge ante el temor al rechazo.

Por otro lado, la perspectiva de las personas sin diversidad funcional, indica que se producen discrepancias entre las actitudes y la conducta manifiesta:

Son características definitorias las siguientes:

- Prejuicio moderno: se sostiene que se deben evitar las formas antiguas de racismo. Por tanto, en esta nueva forma de expresar el prejuicio racial se evitarán términos de inferioridad.
- Prejuicio aversivo: la persona tiene una determinada reacción ante determinadas situaciones que le producen inquietud.
- Encubrimiento: en ocasiones se encubre la verdadera actitud. De este modo, se evita infringir las normas establecidas de igualdad.
- Ambivalencia actitudinal: existe una condición psicológica en la cual una persona tiene inclinaciones tanto positivas (gracia, afecto, compenetración) como negativas (repudio, antipatía, enfrentamiento) hacia el grupo. El obstáculo es que este conflicto deriva en conductas más extremas en función de las circunstancias.
- Ansiedad social: la mayoría de los estudios llevados a cabo demuestran como personas que no se consideran prejuiciosas, muestran ansiedad e inseguridad en el momento de la interacción con personas estigmatizadas. Motivaciones, como la falta de experiencia y conocimiento, fomentan la aparición de la ansiedad.

Las medidas a desarrollar ante la situación de diversidad funcional, pueden tener varias consecuencias al nivel de social, psicológico y social. A nivel social, la estigmatización puede afectar a las relaciones personales, puede dificultar las existentes y también encontrar dificultades en la creación de nuevas redes sociales. Las consecuencias de nivel psicológico, pueden generar situaciones, como la ansiedad o la depresión, en relación con el estigma negativo. Y por último, el estigma también puede dar lugar a problemas al nivel de salud, por ejemplo, una persona con problemas auditivos, que se niega a usar un audífono por temor a ser estigmatizada. En el futuro, esta situación podría derivar en pérdida de audición, y negativas consecuencias posteriores.

Por ello, el estigma es una situación agobiante para aquellos trabajadores que lo poseen. Para su superación, se establecen diversas estrategias, la distinción que más frecuentemente se ha aceptado, ha sido la estrategia centrada en el problema y centrada en la emoción.
Las estrategias basadas en el problema están dedicadas a reducir o eliminar el problema en sí mismo. Normalmente, este tipo de estrategias se dirigen más a nivel individual, aunque también existen acciones colectivas que las personas con diversidad funcional pueden acometer para enfrentarse al problema, como puede ser el asociacionismo o la acción colectiva.
Por otro lado, las estrategias basadas en la emoción, pretenden minimizar las emociones negativas y proteger la autoestima de los factores estresantes relacionados con el estigma. Una posibilidad consiste en la comparación social con otros grupos más desfavorecidos que el propio grupo como forma de reglamentar aquellas emociones negativas. También, se podrían atribuir conductas a causas externas, como el prejuicio.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo, se trata de analizar los factores que pueden llevar la integración laboral del auxiliar administrativo con diversidad funcional en el ámbito sanitario. Con el objeto de ofrecer una aproximación psicosocial, se han analizado datos sobre la realidad que viven los trabajadores en el citado contexto. Se ha desarrollado el concepto de estigma, así como aquellas causas que afectan a la interacción entre las personas con y sin diversidad funcional. También, se han desarrollado formas de afrontamiento que pueden ser positivas.
Fundamentalmente, la intención es procurar, a lo largo de estos diferentes apartados, ir facilitando claves sobre aquellos factores que dificultan su plena integración, con el objetivo de qué de cara al futuro se posean recursos para conseguir la intervención donde sea más necesaria.

6 Bibliografía

1. https://www.europarl.europa.eu.

Capítulo 551

EL CELADOR DE URGENCIAS

VANESSA VÁZQUEZ GARCÍA

1 Introducción

En este capítulo describiremos las funciones que realiza específicamente el celador destinado en el servicio de urgencias de un centro hospitalario.
Las urgencias sanitarias garantizan a los usuarios atención continua las 24 horas del día, en procesos que no admiten demora y que no pueden someterse a los tiempos de espera en la asistencia ambulatoria.
Distinguimos entre dos clases de urgencia:
-Urgencia médica: Situación que lleva al paciente, familiar o testigo a solicitar asistencia médica inmediata.
-Emergencia médica: Urgencia agravada en la que existe un peligro inmediato para la vida del paciente o riesgo de secuelas graves permanentes si no recibe atención sanitaria sin demora.
Actualmente, existen dos formas de atención urgente al usuario. La primera se realiza en el propio domicilio del paciente, la conocida como urgencia extra hospitalaria; la segunda se realiza en los hospitales de referencia de la zona de residencia del paciente, son las urgencias hospitalarias.
El celador suele ser la primera persona que recibe al paciente en la puerta de urgencias, de esa primera impresión dependerá la imagen que el paciente y sus familiares se lleven de la atención recibida.
El celador debe conocer la forma de proceder para que el paciente reciba sin demora atención médica específica y además intentar tranquilizarle en esos momentos de preocupación.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es conocer las funciones del celador en la zona de urgencias y pueda desempeñar su trabajo de forma eficiente y efectiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para empezar debemos distinguir las diferentes zonas en que se dividen las urgencias de un centro hospitalario.

-Área de admisión: El paciente o sus familiares facilitan sus datos personales y la dolencia que sufren.

-Zona de triaje: Enfermero/as cualificados atienden al paciente, deciden el grado de gravedad y le derivan a la zona específica acorde a su dolencia.

-Zona de espera de pacientes y acompañantes: Son las salas de espera donde aguardarán los acompañantes a ser informados por el médico responsable del paciente.

-Área de boxes: Cubículos individuales donde aguardan los pacientes a ser explorados y atendidos por el especialista.

-Área de observación: Zona donde quedan encamados los enfermos para la observación clínica de su proceso, antes de decidir su ingreso en la planta de hospitalización o darle el alta.

-Área de Soporte Vital Básico: Zona para pacientes críticos que corren riesgo vital y necesitan atención inmediata.

-Zona de consultas: Habitaciones para tratar, examinar y consultar con los pacientes menos leves.

-Área de asistencia específica de algunas especialidades: Habitaciones destinadas a tratar algunas especialidades médicas, (otorrino, ginecología, traumatología, etc.).

-Despachos de médicos y enfermería: Zona de estudio de pruebas, elaboración de informes, información a familiares, etc., donde aguardan médicos y enfermero/as.

Todas estas zonas deben estar dotadas de personal suficiente y específico para cada caso; encontraremos:
-Personal facultativo: Médicos de urgencias, facultativos en formación, facultativos especialistas, etc.
-Personal no facultativo: Enfermero/as, técnicos, especialistas, auxiliares de enfermería, etc.
-Personal administrativo: Administrativos y auxiliares administrativos.
-Personal no sanitario: Celadores/as.
-Personal de limpieza.
-Personal de seguridad.
-Responsables: Coordinador médico, supervisor/a de enfermería, jefe de personal subalterno.
-Personal del servicio de atención al paciente y/o usuario.
-Zona de estar de personal de ambulancias (en algunos casos).

5 Discusión-Conclusión

Las urgencias hospitalarias están divididas en varias zonas de asistencia que cuentan cada una con su propio personal diferenciado.
Es importante para el celador conocer la distribución de las diferentes estancias, así como el trabajo a desarrollar en cada una de ellas, dado que hablamos de zonas de asistencia urgente y específica, que no pueden demorar la atención al paciente.
También debemos tener la entrada provista de sillas de ruedas y camillas para garantizar en todo momento la asistencia inmediata a los pacientes que así lo requieran.
Además de tratar con amabilidad y deferencia a familiares y acompañantes para hacerles la espera lo más leve posible, pero sin revelar información médica o de cualquier otra índole.

6 Bibliografía

-Temario y Test de Celador de Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, editorial Rodio, edición 2020.
-Manual del Celador de Instituciones Sanitarias, Editorial Mad, 3ª edición.

Capítulo 552

EL CELADOR EN EL AMBITO SANITARIO: FUNCIONES CON PACIENTES FALLECIDOS

CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ

JULIANA GOMEZ CASTRO

MARÍA CABEZAS BERMEJO

MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON

DOMINGO GRANDE TERCERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar las diferentes actuaciones o funciones de los celadores con pacientes que fallecen en los centros hospitalarios.
El término defunción, procede del vocablo latino defunctio, que alude al fallecimiento de un individuo. Antiguamente, el término defunción se empleaba como sinónimo de exequias (que hace referencia a los rituales funerarios que se practicaban a los fallecidos).
Cuando hablamos de defunción aludimos a la muerte, el deceso o el fallecimiento de una persona.
El concepto de muerte, deceso o fallecimiento se usa en función del contexto, por lo general se emplea el término defunción en contexto formal es donde se utiliza un lenguaje formal o técnico (como es el caso del ámbito sanitario).

Por otro lado, la palabra muerte procede del vocablo latino mortem y este a su vez del vocablo protoindoeuropeo mértis).

Podríamos decir que la muerte es el final de la vida, proceso irreversible que se produce en un ser vivo, cuando este es incapacidad de utilizar energía para mantener al organismo vivo, es decir, es incapaz de seguir realizando las funciones vitales y por tanto hay un cese de las funciones de los sistemas y aparatos que lo constituyen.
Una vez que un paciente fallece, el facultativo que comprobó el fallecimiento debe dar constancia de ello a través de lo que se conoce como la emisión del acta de defunción o certificado de defunción.
Es a partir de este momento cuando celadores y el personal de enfermería empiezan sus funciones con pacientes fallecidos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Poner en conocimiento las funciones más importantes que realizan los celadores en relación con pacientes que fallecen en el centro hospitalario.
Objetivo secundario:
Poner en valor la figura del celador 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: fallecimiento, muerte y funciones que desarrolla los celadores con pacientes que fallecen en el ámbito sanitario.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: fallecimiento, muerte y funciones que desarrolla los celadores con pacientes que fallecen en el ámbito sanitario, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones que realizan los celadores con pacientes fallecidos en el centro hospitalario.
- Ayudar al personal sanitario a amortajar a los pacientes fallecidos.
Si el fallecido está en habitación compartida, se debe poner rápidamente biombo hasta que el otro paciente sea trasladado a otro habitáculo durante el proceso de amortajamiento.
Se inicia el proceso con el aseo personal del paciente que incluye el afeitado en caso de ser necesario.
Se continúa con el taponamiento de todos los orificios por los que puedan salir fluidos (la nariz, el ano, las orejas, la boca y la vagina).
Se esteran los miembros inferiores.
Se colocan los miembros superiores en función de si es necesaria autopsia o no.
Se coloca ropa o en su ausencia sábana que cubra todo el cuerpo menos la cara, lo que se conoce por sudario.
Una vez vistos los pasos a seguir para llevar a cabo el amortajamiento, podríamos de decir que consiste en cerrarle ojos y boca y colocarle los miembros inferiores estirados y las manos cruzadas sobre el pecho antes de que se produzca la rigidez que lo impida (cuando no hay que hacerle autopsia). Si al fallecido hay que hacerle autopsia hay que dejarle: ojos cerrados, boca cerrada, miembros inferiores y superiores estirados.
- Trasladar el cadáver a la morgue. El traslado se hará de la siguiente forma:
• Tapar con una sábana al cadáver totalmente. Y asegurarnos que lleva la documentación necesaria.
• Hacer el traslado del cadáver procurando que no haya gente por los pasillos por los que hay que realizar el traslado, es decir que previamente a realizar el traslado se debe pedir a la gente que haya en el pasillo se pase a las habitaciones
• Se realizará el traslado lo más discretamente posible, evitando lugares con tránsito.
• Ya en la morgue hacer la inscripción en el correspondiente libro de registro

5 Discusión-Conclusión

El afrontamiento de la muerte por parte de los familiares y amigos es un trance muy desagradable y en ningún caso los celadores debemos comunicar a los familiares el fallecimiento de su ser querido (esta función corresponde al personal

facultativo). Una vez que el paciente ha fallecido los celadores tenemos que conseguir hacer el trance lo más llevadero posible, una de las formas de conseguirlo es presentar el cadáver amortajado lo mejor posible (aseado, peinado, afeitado, con los ojos cerrados, con la boca cerrada, etc.) para que dé la sensación de estar dormido.
Otra de las consideraciones que debemos tener es ser muy cautelosos, evitando que el cadáver en el traslado pase por zonas donde hay otros pacientes.

6 Bibliografía

Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 de julio)
RD 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización.
Ley 55/2003 , de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud
Ley 14/1986 de 25 de abril. General de Sanidad (BOE, num. 102 de 29 de abril de 1986)
Wikipedia. https:/celadoresonline.blogspot,com
Curso actualización integral para celadores. Fysa https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/prevencion-rrll/triptico-movilizacion-pacientes-3170.pdf
https://www.fundacionsigno.com
Protocolo de actuación H.G.U.C.R.

Capítulo 553

EL CELADOR EN EL AMBITO SANITARIO: FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS

CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ

JULIANA GOMEZ CASTRO

MARÍA CABEZAS BERMEJO

MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON

DOMINGO GRANDE TERCERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que desempeña un celador en el servicio de autopsias. Estas funciones vienen recogidas en el Estatuto del Personal no Sanitario en su artículo 14.2.19. y en el artículo 14.2.20 (en los cuales deja muy claro que los celadores deben ayudar en la práctica de las autopsias solo en aquellas funciones que no requieran por su parte hacer uso de ningún tipo de instrumental sobre el cadáver).
Pero, ¿qué es una autopsia? ¿Cuándo se practica una autopsia?
La palabra autopsia es un préstamo del s. XVIII procedente del vocablo griego autopsia traducida por: 'acción de ver con los propios ojos', pero en la actualidad autopsia es sinónimo de examen de un cadáver.

Una autopsia o examen post mortem es un procedimiento médico que utiliza la disección, para obtener información sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones que han llevado a esa persona a la muerte.
Se realizarán autopsias en los siguientes casos:
- Muerte violenta.
- Muertes súbitas.
- En fallecidos jóvenes sin causa de muerte conocida y aparentemente sin enfermedad grave.
- Sospecha de enfermedad profesional.
- Indicios de intoxicación.
- Para evitar complicaciones en la familia (cuando hay enfermedades raras poco conocidas, cuyo estudio puede ayudar a la familia (en caso de que sea hereditaria).
- Como actividad del ámbito académico o de investigación.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Poner en conocimiento funciones más importantes que realizan los celadores cuando hay que realizar una autopsia, es decir, en la sala de autopsias.
Objetivo secundario:
Dar a conocer los distintos tipos de autopsias que existen.

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: autopsia, etimología de autopsia, motivos por los que se realiza una autopsia a un cadáver, tipos de autopsias y funciones de los celadores en la sala de autopsias.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: autopsia, etimología de autopsia, motivos por los que se realiza una autopsia a un cadáver, tipos de autopsias y funciones de los celadores en la sala de autopsias, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Tipos de autopsias:
- Autopsia psicológica: Con ella se consigue ver el estado psicológico previo, si había sido intervenido quirúrgicamente, aficiones, entorno, lugares que frecuentaba, etc.
- La autopsia fetal: como su nombre indica es la autopsia que se realiza a un feto muerto, aunque si el feto tiene más de 20 semanas o pesa más de medio kilo la autopsia pasa a llamarse perinatal.
- La autopsia judicial o médico-legal se lleva a cabo en casos de homicidio o suicidio. Consiste en un examen anatómico y una investigación para determinar actos ilícitos.
- La autopsia clínica. Consistente en un examen que ofrece principalmente información sobre la posible evolución que tuvo la sospechosa enfermedad del fallecido hasta desencadenar la muerte.

Funciones del celador que se encuentra adscrito en la sala de autopsias son las siguientes:
• Colocar el cadáver en la mesa en la que se va a realizar la autopsia. Durante el proceso realizar todas las movilizaciones que sean necesarias para que puedan llevar a cabo la autopsia.
•Durante la práctica ayudarán cuando le soliciten su colaboración en todo aquello que no implique la utilización de instrumentos sobre el cadáver (que es específico del personal sanitario).
• Una vez finalizada la autopsia deben asear el cadáver, cuidando mucho su aspecto para que parezca que se encuentra dormido (utilizando para ello el protocolo de amortajamiento). Se volverá a amortajar el cadáver para colocarlo en el mortuorio, ya con los brazos cruzados sobre su pecho.
• Llevar el cadáver, amortajado, al mortuorio.
• Limpiar la mesa de autopsias.
• Limpiar la sala de autopsias,
• Limpiar el instrumental que se va a emplear para realizar la autopsia y dejar todo colocado en su respectiva ubicación.
• Transportar las muestras orgánicas y/o cualquier otro material que se haya cogido durante la autopsia para ser analizado en el laboratorio.
•Además, si existen animales experimentales (que se usen en los laboratorios) los celadores también tienen que proceder a su limpieza, cuidado y alimentación.
.

5 Discusión-Conclusión

El celador que desempeña sus funciones en la sala de autopsias debe conocer a la perfección cuáles son sus funciones y que tiene totalmente prohibido, conocer el nombre del aparataje que se utiliza por si el médico le pide alguno de ellos, como debe limpiar la mesa de autopsias y el aparataje empleado para realizarlas, pero creemos que lo más importante es que sepa realizar el aseo adecuado después de la autopsia y un correcto amortajamiento del cadáver para presentarlo a la familia de forma adecuada y que la familia no sufra más de lo que está haciendo por el trance de la muerte de su ser querido.

6 Bibliografía

Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 de julio)
RD 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización.
Ley 55/2003 , de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud
Ley 14/1986 de 25 de abril. General de Sanidad (BOE, num. 102 de 29 de abril de 1986)
Wikipedia. https:/celadoresonline.blogspot,com
Curso actualización integral para celadores. Fysa https://www.seap.es/c/document_library/.

Capítulo 554

EL ESTRÉS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

RUFO JUAN JIMÉNEZ

MARGARITA BERMEJO BARRIUSO

MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN

NOEMÍ DURO SANCHEZ

PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según el área de la medicina, define el estrés como una reacción psicológica a alguna situación física, mental o emocional. Este síntoma genera en nuestro cuerpo modificaciones químicas que elevan la frecuencia cardíaca, la presión arterial y las concentraciones de azúcar en la sangre. También afecta a nuestro sistema emocional, lo que provoca sentimientos de ansiedad, enfado, depresión o frustración, entre otros.
Si esta enfermedad dura demasiado tiempo, puedo ocasionar problemas de salud mental y física. Lo que llaman tensión nervios, tensión psíquica y tensión emocional.
En el puesto de trabajo del auxiliar administrativo, son muchos los factores los cuales causan el estrés. Muchas veces el volumen de trabajo es demasiado alto,

lo que hace no tener tiempo suficiente para realizar todas las tareas laborales, el hecho de no disponer de un horario definido. Y a todo esto se le agrava el tener que tratar con enfermos o familiares, a veces en condiciones de nerviosismo o impaciencia.
El estrés es uno de los riesgos psicosociales más corrientes entre los profesionales sanitarios, según estudios realizados. Para solucionar esta enfermedad, es imprescindible abordar este riesgo psicosocial. Este sentimiento es conocido como estrés laboral, si no se atienden a tiempo puede producir consecuencias nocivas para la salud mental y física de nuestro cuerpo.

2 Objetivos

Los principales objetivos en este artículo serán definir el estrés laboral en el puesto de trabajo del auxiliar administrativo y desarrollar las principales causas, consecuencias que se pueden producir a causa del estrés en este puesto de trabajo y algunos consejos para disminuir el estrés.

3 Metodología

Para realizar este documento, hemos realizado una investigación detallada que ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática, cobre la literatura científica existente. Se ha producido una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, utilizando palabras clave como “estrés”, “ámbito sanitario”, “auxiliar administrativo”, etc. Y seleccionando los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas que ya han sido revisados.

4 Resultados

El estrés laboral es una enfermedad cada vez más usual y que aumenta en nuestra sociedad. Este es debido a que los trabajo han cambiado durante los últimos tiempos. Esto afecta a los trabajadores de una manera física y psicológica, lo que puede destrozar el ámbito organizacional del puesto de trabajo.
Definimos estrés laboral con un grupo de reacciones cognitivas, fisiológicas, emocionales y del comportamiento del trabajador a diferentes motivos ajenos a él, como serian la organización del trabajo, el entorno, los compañeros, etc.

Según estudios, el estrés laboral puede surgir cuando el volumen de trabajo es alto, y a la vez, la responsabilidad para la toma de decisiones es baja. También el apoyo entre compañeros. Se ha comprobado que cuando el trabajado aprecia un alto nivel de apoyo por parte de sus compañeros, el nivel de estrés se reduce, lo que causa un mejor ambiente laboral.

Debido a nuestro puesto de trabajo como auxiliares administrativos nos encontramos en continuo trato con ciudadanos y demás compañeros del ámbito sanitario. Lo que hace que la ejecución de nuestras tareas se vea afectadas por altos niveles de estrés, gran volumen de trabajo, etc. A lo que se le suma, a veces, la falta de apoyo de compañeros y situaciones que surgen ajenas a nosotros como el Covid-19 u otros cambios, lo que genera mucho más estrés, depresión, ansiedad, insomnio, entre otros síntomas.

El estrés en nuestro cuerpo se puede mostrar de diferentes maneras con problemas en nuestro sistema digestivo, de corazón, sistema inmune, sistema respiratorio, problemas musculares, etc. También puede afectarnos a nuestro carácter, están gran parte del tiempo con cansancio, falta de energía, falta de concentración, insomnio, mal humor, tristeza, irritabilidad. A su vez todos estos problemas nos generan un sentimiento de ira, irritabilidad y descontento en el trabajo, lo que genera un nefasto ambiente laboral tanto con los ciudadanos como con los demás compañeros.

Es de vital importancia detectar a tiempo esta enfermedad y ponerse en manos de profesionales, para evitar tener efectos en nuestra salud y otros problemas derivados.

Hay varios consejos que nos pueden ayudar a disminuir el estrés laboral y que no se vaya agravando a otros problemas de salud, como son:

- Si nos encontramos en el puesto de trabajo y nos notamos estresados, podemos tomar pequeños descansos para tomar el aire, comer algo, dar un paseo y despejar la mente.
- Cerrar los ojos y hacer varias respiraciones profundas, para oxigenar el cuerpo y la mente.
- Al inicio de la jornada laboral, organizar todas las funciones a desempeñar durante el día. Esto nos dará la sensación de organización y generará menos estrés.
- Implantarse unas metas reales. Muchas veces nos ponemos unas altas expectativas nada reales y esto genera más estrés por el deseo de cumplirlas.

Estas serían algunas pautas a seguir para disminuir el estrés en el trabajo, pero también es importante marcarse unos objetivos en nuestra vida personal. Intentar hacer cosas que nos gusten y que nos hagan desconectar de la vida laboral. Esto nos ayudará a disminuir y poder manejar el estrés laboral.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos estamos expuestos a diferentes factores que pueden generar estrés como son el trato con el paciente, el alto volumen de trabajo y el compartir tareas con compañeros. Todo esto puede generarnos altos niveles de estrés. Por ello, es importante, detectar esta enfermedad a tiempo si se pudiera tener la sospecha de padecerla.
El estrés es una de las enfermedades más comunes en los puestos de trabajo, pero a veces también una de las más complicadas de detectar. Por ello, es importante escuchar a nuestro cuerpo y ponernos en manos de especialistas para evitar que esto nos lleve a tener problemas más graves como serían los comentados de salud. Es importante seguir las pautas y una buena organización en el trabajo, lo que nos hará tener un inferior nivel de estrés y una mejor vida laboral.

6 Bibliografía

1. scielo.isciii.es.
2. Wikipedia.
3. revistamedica.com.
Volver a mis capítulos

Capítulo 555

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TRASTORNO DE LA VOZ EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y TRASTORNOS DE VOZ MAS FRECUENTES EN DICHA PROFESIÓN

MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN

MARGARITA BERMEJO BARRIUSO

RUFO JUAN JIMÉNEZ

NOEMÍ DURO SANCHEZ

PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las llamadas telefónicas siempre han estado asociadas a las tareas realizadas por los auxiliares administrativos en los centros de salud. Debido a las circunstancias que rodearon la pandemia de COVID-19, el servicio telefónico se ha vuelto crítico y la cantidad de llamadas recibidas por el mismo empleado se ha duplicado, lo que genera muchos problemas relacionados con la voz. La comunicación es el proceso mediante el cual se transmiten e intercambian mensajes entre emisores y receptores. El teléfono sanitario es una de las formas de comunicación más

habituales y una herramienta imprescindible en la actualidad. En la situación actual de COVID, los asistentes administrativos están a la vanguardia de la atención al paciente y pasan casi todas sus horas de trabajo al teléfono. Por todas estas razones, el trabajador necesita cuidar al máximo su herramienta de trabajo más importante: su voz. Una producción adecuada también debe tener suficiente aire para mantenerlo en movimiento continuo durante toda la frase, evitando forzarlo.
Las vías y músculos respiratorios son los responsables de generar el flujo de aire necesario para producir la voz.
El músculo más importante para una correcta respiración es el diafragma, que es el que permite agrandar la cavidad torácica llegando de esta manera el aire a las zonas más bajas de los pulmones. La respiración más adecuada para una correcta fonación es la costodiafragmática que es la que realizamos cuando estamos durmiendo o relajados.

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo asociados al uso de la voz como herramienta de trabajo.
- Dar a conocer los trastornos de voz más frecuentes.

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.
Hemos introducido palabras clave en el buscador Google como trastorno, voz, auxiliar administrativo y enfermedad.
También hemos aportado nuestra experiencia laboral.

4 Resultados

El principal motivo de esta dolencia en el personal auxiliar administrativo de las administraciones sanitarias es el continuo movimiento de llamadas y atenciones a los pacientes en los centros hospitalarios y sanitarios.

Las llamadas telefónicas siempre han estado asociadas a las tareas realizadas por los auxiliares administrativos en los centros de salud. Debido a las circunstancias que rodearon la pandemia de COVID-19, el servicio telefónico se ha vuelto crítico y la cantidad de llamadas recibidas por el mismo empleado se ha duplicado, lo que genera muchos problemas relacionados con la voz. La comunicación es el proceso mediante el cual se transmiten e intercambian mensajes entre emisores y receptores, aunque dada las circunstancias que se dieron en pandemia, fue un verdadero caos el poder de comunicación, ya que el colapso de llamadas continuadas, inhabilitaban un correcto servicio en la sanidad pública.
El teléfono sanitario es una de las formas de comunicación más habituales y una herramienta imprescindible en la actualidad. En la situación actual de COVID, los asistentes administrativos están a la vanguardia de la atención al paciente y pasan casi todas sus horas de trabajo al teléfono. Por todas estas razones, el trabajador necesita cuidar al máximo su herramienta de trabajo más importante: su voz. Una producción adecuada también debe tener suficiente aire para mantenerlo en movimiento continuo durante toda la frase, evitando forzarlo.
La conversación que mantiene el auxiliar administrativo con el paciente no se realiza en un tono coloquial, sino que el timbre y demás características de la voz están muy por encima de un diálogo cotidiano; por todo ello, debemos tener en cuenta la importancia de regular la intensidad, tono y timbre de la voz para disminuir el efecto de estar forzando la voz día a día, así como el cuidado del ambiente donde se realiza el trabajo manteniendo unos niveles de temperatura y humedad adecuados.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos detallando lo más importante en este capítulo que es que la voz es una de las más grandes herramientas usadas por el auxiliar administrativo en el manejo de sus tareas, y gracias a su enorme uso de la voz a lo largo de su jornada laboral puede llegar a padecer trastornos de la misma.
Para evitar trastornos de la voz, la mejor medida es hacer un óptimo uso de ella. Los inconvenientes relacionados con la voz comúnmente son curables siempre que se diagnostiquen de manera correcta.
Los doctores especialistas en otorrinolaringología y foniatras recomiendan revisiones periódicas o presentarse a su médico con el primer síntoma para que sea diagnosticado y tratado de manera adecuada y no se convierta en una enfermedad más aguda.
Pero aun de esta forma, siendo tratado por especialistas, la voz puede padecer

trastornos gracias a su enorme uso diario, tanto en la interacción de su ambiente laboral como en el trato diario fuera del trabajo.
Tanto hacer ejercicios de voz como ir a especialistas van a ser las medidas a tomar para intentar de evitar estos problemas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
manual básico auxiliar administrativo.
2. Google www.boe.es

Capítulo 556

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES EN LA SANIDAD

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

1 Introducción

Las funciones de un asistente administrativo en un hospital dentro de un centro de salud son muchas y variadas. Debe aplicar sus funciones a una variedad de áreas de cuidados básicos.
Estos son la hospitalización, la atención de emergencia y la atención ambulatoria. Además, deberán desarrollar funciones y tareas para la gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y tratamiento de médicos y pacientes con el fin de facilitar y asegurar una fácil y rápida accesibilidad. Por tanto, las funciones de un auxiliar administrativo en el sector salud son más que necesarias.
Sin embargo, existen reglas de conducta que deben seguirse para ciertos grupos específicos que requieren atención especial a la solicitud de servicios del Asistente Administrativo de Salud.
Estas normas están diseñadas para poder atender a todos los integrantes de colectivos especiales como son la gente mayor, las personas discapacitadas o las personas extranjeras.
Los auxiliares administrativos deben prestar especial atención a la persona, no a la discapacidad, y así ser consciente de las necesidades que se te exigen y las dificultades que le presenta el proceso administrativo. No se debe imponer ayuda a las personas con discapacidad; se les debe preguntar si necesitan ayuda. Las respuestas deben ser claras y específicas, evitando términos obsoletos como ”discapacitado” o ”discapacitado”.

2 Objetivos

Los objetivos del presente trabajo serán los siguientes:
1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar un auxiliar administrativo orientado a la atención a colectivos especiales.
2. Establecer coordinación con los diferentes profesionales del centro hospitalario para mejorar la implantación de tratamiento en grupos de personas con necesidades especiales.
3. Favorecer el funcionamiento de la unidad completa del hospital preservando la confidencialidad de los pacientes

3 Metodología

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

4 Resultados

En los colectivos especiales podríamos incluir a las personas mayores, las personas que representan alguna discapacidad o las personas extranjeras.
Hoy en día, el colectivo de personas mayores representa una parte cada vez mayor de la población, y debemos valorar muy concretamente sus necesidades. Su atención no implica recomendaciones distintas al resto de recomendaciones, pero sugiere prestar más atención a algunos elementos.
Por ejemplo, hay que tratarlos con una actitud amable, positiva, optimista y productiva y ser paciente con su ritmo y comprensión. El auxiliar debe pronunciar correctamente, elevando ligeramente el tono si notamos problemas de audición y además hablar palabras a un ritmo moderado o lento según sea necesario.
La utilización de un lenguaje sencillo es vital para preservar el buen trato de estos colectivos, igual que tener cuidado al dar instrucciones. Además, las instrucciones deben estar abreviadas o deben contar con información general con notas concisas, siempre en letra grande y legible.
También hay que tener en cuenta las desventajas de los idiomas extranjeros y las diferencias culturales, religiosas, etc. Por lo tanto, es mejor anotar las situaciones

específicas que puedan surgir.
La llegada de usuarios discapacitados está provocando dudas entre los asistentes administrativos.
La regla principal es mostrar siempre una actitud sencilla, considerada y respetuosa. Por ese motivo existen algunas pautas básicas para comunicarse bien con usuarios discapacitados.
En primer lugar, nos presentaremos y nos presentaremos como Asistente Administrativo.
También evitaremos frases de uso frecuente como ”ver, observar, mirar” cuando hablemos con personas con problemas de visión; caminar, moverse, etc. cuando hablamos con personas con discapacidad motriz, etc.
También preguntaremos al usuario qué necesita y solo ofreceremos la ayuda que solicite y no mostraremos piedad ni protección excesiva.
Es importante que el Auxiliar de Personal Administrativo conozca la ubicación de los usuarios con características especiales para poder alertarlos en caso de emergencias o alarmas.
Y por último, en el caso de acompañar a una persona discapacitada, siempre nos pondremos en contacto con él y no con su acompañante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del asistente administrativo es mucho más importante de lo que piensan muchos profesionales a la hora de trabajar con colectivos especiales.
Lo más importante para poder ofrecer una atención de calidad a los pacientes con discapacidad es que el auxiliar sea excelente y natural en el tratamiento, preguntando siempre a la persona sobre sus necesidades para poder ofrecerle la mejor atención posible dentro de nuestra competencia.
Por ese motivo ha sido vital la necesidad de crear un manual que facilite la formación del Auxiliar
Administrativo en el cuidado de personas con necesidades especiales, destacando las diferencias y aspectos a considerar entre las distintas dificultades.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/atencion-colectivos-especiales-sanidad/
2.https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-paciente-necesidadesespeciales/#PATRONES-GENERALES-DE-ATENCION

3. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-personas-discapacidad/

Capítulo 557

PLANTA DE SALUD MENTAL Y EL TRABAJO DE LOS CELADORES

RODRIGO MERCHANTE DE JULIÁN

ALEJANDRO CHORRO LOPEZ

JOSÉ LUIS ARIAS PERALES

ERNESTO SANCHEZ TELLO

LILIANA RONDON MARIN

1 Introducción

Vamos a comenzar este capítulo, definiendo principalmente la salud mental, ya que es algo que se ve en constante variaciones y que desgraciadamente la variación negativa se sufre mucho en silencio, y que lleva muchas veces a situaciones totalmente negativas y consecuencias horribles. La salud mental, relativamente la consideramos como el estado de bienestar en el que una persona es plenamente consciente de sus capacidades, es capaz de hacer frente a las tensiones normales de la vida, es capaz de trabajar productivamente y de hacer una contribución positiva a su comunidad. Por otro lado, la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1948 definió la salud como un estado de completa salud física, mental y social, no solo la ausencia de enfermedad o padecimiento. La salud mental está incluida en este concepto. Cuando hablamos de salud mental en España, tenemos que remontarnos a 1985, cuando la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica elaboró un informe que contribuyó al desarrollo

de las reformas psiquiátricas que se incluyeron en la ley general. Salud en 1986. Desde entonces, casi todas las CCAA (Comunidades Autónomas) han integrado recursos de atención a la salud mental de financiación pública que antes estaban repartidos entre diputaciones, ayuntamientos y otras entidades. Desde la integración de las personas con enfermedad mental en el sistema general de salud hasta el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social para la plena integración de estos pacientes en la sociedad. La psiquiatría se define como una industria médica para el diagnóstico, el tratamiento y las enfermedades mentales.

2 Objetivos

Dar a conocer las tareas que debe realizar el celador en los centros de salud mental según el tipo de paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores tienen una serie de funciones diferentes, muchas de las cuales implican el contacto directo con los pacientes. Por ello, la imagen de este familiar es muy importante para los pacientes con determinadas características conductuales y en ningún caso los exime de una responsabilidad significativa. Entre estas funciones, encontraremos funciones que tiene todo familiar: la operación de un ascensorista, vigilancia de entradas, procesamiento o transferencia de información verbal o escrita, transporte de muebles, transporte de pacientes a salas u otras instituciones (ambulancia), etc. Sin embargo, este oficial de servicio realizará varias de sus funciones por separado de otro oficial de servicio asignado a otra unidad. A continuación, destacaremos algunos:

Cuide el entorno del paciente subiendo las persianas por la mañana y bajándolas por la noche. Favorecerá un buen descanso nocturno controlando el ruido

El entorno ambiental es una variable muy importante para cualquier paciente (de hecho para todos), pero para algunos psicópatas puede conducir a la activación o exacerbación de sus síntomas patológicos. Por lo tanto, aquí se evidencia la importancia del cuidador en la tarea de brindar un ambiente adecuado durante el día, especialmente en la noche, con el objetivo de brindar el descanso necesario. Supervise a los pacientes para detectar posibles comportamientos agresivos y autolesivos. Trabajar con el equipo profesional del departamento para utilizar métodos apropiados para reducir los trastornos de ansiedad.
Los hospitales psiquiátricos a menudo encuentran pacientes con enfermedades que conducen a la autolesión e incluso a intentos de suicidio. El cuidador psiquiátrico, dada su estrecha relación con estos pacientes, será la primera línea de defensa para detectar y desalentar esta conducta. Algunos pacientes tienden a entrar en conflicto con otros usuarios. Los guardias trabajarán con el personal médico para controlar esta tensión o pacientes radicales. Por ejemplo, ayudar a inmovilizar a un paciente demente que necesita inmovilización mecánica.

5 Discusión-Conclusión

Como puede observarse, la labor del celador es clave para que el paciente que padezca problemas de salud mental tenga una estancia lo más agradable posible en el centro. Debe encargarse de que las condiciones ambientales sean las adecuadas para que el paciente pueda estar tranquilo y relajado, controlando las luces, el ruido y todos los factores que en general puedan alterar al paciente.
Además, ayudará en el aseo de los pacientes que así lo requieran siguiendo las órdenes del encargado de turno, fomentará la actividad física, tendrá una actitud positiva alabando los progresos de los pacientes y vigilará cualquier cambio de comportamiento de estos.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/.
2. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_9.pdf.
3. https://congresosicepa.com/celador-salud-mental/.

Capítulo 558

TIPOS DE POSICIONES ANATÓMICAS QUE TODO CELADOR DEBE CONOCER

RODRIGO MERCHANTE DE JULIÁN

ALEJANDRO CHORRO LOPEZ

JOSÉ LUIS ARIAS PERALES

ERNESTO SANCHEZ TELLO

LILIANA RONDON MARIN

1 Introducción

Entre las muchas funciones de un celador, hay una que cobra especial importancia, ya que, tener una adecuada formación respecto de las posturas que un paciente encamado puede adoptar, beneficiará a este último obteniendo mejores resultados ante una exploración, o simplemente, en la cama, lo cual repercutirá en su descanso y en su comodidad. Por lo que, el bienestar del paciente respecto a su posición anatómica, debe ser totalmente prioritaria para el celador. Conocemos como ”posiciones del paciente encamado”, una serie de posturas que el paciente adoptará en la mesa de exploraciones y en la cama.
Cabe mencionar también la importancia que tiene realizarle a los pacientes los cambios posturales necesarios que dificulten la aparición de úlceras por presión o escaras.

Además de lo anterior, realizar cambios posturales beneficiará al estado anímico del paciente, mejorará la circulación sanguínea y evita la formación de trombos, entre otras cosas.
Respecto al rango de tiempo en el que se recomienda realizar los cambios posturales del paciente encamado, numerosas biografías recomiendan ejecutarlos en un intervalo de entre dos y tres horas aproximadamente. De esta forma, nos aseguraremos que el enfermo no esté en la misma posición durante mucho tiempo.
Por último, es importante destacar las precauciones que deben tener los celadores a la hora de movilizar a los pacientes, ya que, realizar movimientos bruscos o inadecuados pueden provocar lesiones en el trabajador.

2 Objetivos

Describir e indicar las posturas anatómicas más comunes del paciente encamado por parte de los celadores de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Medline).

4 Resultados

Como hemos dicho anteriormente, el celador debe ser consciente de la importancia de realizar los cambios posturales que sean necesarios al paciente encamado, de esta forma, evitaremos las temidas lesiones de presión. Esta rutina se llevará a cabo tanto en el día como en la noche, no debiendo superar las tres horas entre un cambio y el anterior. Las posiciones anatómicas más frecuentes realizadas a los pacientes encamados con las siguientes:
1. Decúbito supino/dorsal/anatómica: colocaremos al paciente recostado sobre su espalda (boca arriba), con las extremidades superiores pegadas al tronco. Las extremidades inferiores estarán extendidas. Si lo vemos necesario, podemos colocarle al paciente un cojín en la zona lumbar.
2. Decúbito lateral izquierdo o derecho: colocaremos al paciente recostado hacia el lado que prefiramos (derecho o izquierdo). El brazo sobre el que el enfermo está

colocado, lo situaremos ligeramente hacia adelante. Las extremidades inferiores estarán levemente flexionadas.
3. Decúbito prono/decúbito ventral: básicamente, esta posición consiste en colocar al paciente boca abajo. Ladearemos su cabeza ligeramente. Las extremidades superiores estarán extendidas y pegadas al tronco, mientras que las extremidades inferiores estarán igualmente extendidas.
4. Posición ginecológica/litotomía: colocaremos a la paciente boca arriba, flexionaremos sus piernas hasta colocar sus pies en las perneras de la cama, lo que hará que estas permanezcan separadas. Es la posición utilizada en las exploraciones ginecológicas.
5. Posición de Fowler: se trata de una posición dorsal en la que el paciente está semisentado, de tal forma que su espalda se encuentre formando un ángulo de 45 grados. Para conseguir esta posición, elevaremos la cabecera de la cama. Las piernas permanecerán semiflexionadas. Denominamos posición de semifowler o fowler baja a aquella en la que la inclinación de la espalda forma un ángulo de 30 grados. Por el contrario, llamamos Fowler elevada a aquella posición en la que la inclinación de la espalda forma un ángulo de 90 grados.
6. Posición de Sims/inglesa/ semiprono: es muy parecida a la posición decúbito lateral izquierdo con algunas diferencias, por ejemplo, el brazo sobre el que recostamos al paciente, se colocará hacia atrás, el otro brazo se flexionará. Giraremos la cabeza y flexionaremos la rodilla superior hacia el pecho.
7. Posición de Trendelenburg: colocamos al paciente en decúbito supino, pero la pelvis deberá quedar más alta que la cabeza, es decir, la cabeza del paciente se situará más baja que los pies.
8. Posición de Antitrendelenburg/Trendelenburg inversa o Morestin: es la posición contraria a la anterior.
9. Posición de Rose/Proetz: colocamos al paciente en decúbito supino, con la diferencia de que su cabeza quedará colgando fuera de la camilla.
10. Posición genupectoral/Mahometana: colocamos al paciente boca abajo. Sus puntos de apoyo serán sus rodillas y su pecho.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar este capítulo, he llegado a la conclusión de que es fundamental que el celador, además de todo el personal sanitario, conozca las diferentes posiciones anatómicas que se pueden adoptar frente a un paciente y el por qué de adoptar la posición anatómica adecuada para cada patología o exploración.

Además de lo anterior, es muy importante que los trabajadores tengan en cuenta las consecuencias de no realizar los cambios posturales con la frecuencia necesaria, no debiendo superar las tres horas entre una movilización y la anterior. Bajo nuestro punto de vista, sería esencial que el personal que presta sus servicios en la institución sanitaria, reciba una formación periódica sobre la materia que estamos tratando, además de una serie de pautas a seguir con el objetivo de evitar lesiones en el trabajador a la hora de movilizar a un paciente.

6 Bibliografía

1. Libro preparación oposiciones de Celador para el Servicio Asturiano de Salud (SESPA).
2. theramart.com
3. comunidad. Madrid
4. Wikipedia
5. saludextremadura.ses.es
6. https://enfermeriablog.com

Capítulo 559

EL CELADOR EN LA PARTE DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

RODRIGO MERCHANTE DE JULIÁN

ALEJANDRO CHORRO LOPEZ

JOSÉ LUIS ARIAS PERALES

ERNESTO SANCHEZ TELLO

LILIANA RONDON MARIN

1 Introducción

La urgencia se define como toda necesidad o demanda médica objetiva o subjetiva cuya asistencia no admite demora.
Debemos diferenciar entre:
- Urgencia subjetiva: dolor agudo, hemorragia externa; signos que no necesariamente ponen en peligro la vida de la persona.
- Urgencia objetiva: situación que compromete la vida de la persona.
- Urgencia vital: (forma parte de la urgencia objetiva) fallo de las funciones vitales respiratorias, cerebrales o circulatorias, por lo que existe riesgo de fallecimiento en corto tiempo, y se define como Emergencia.

Según la OMS, urgencia es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya asistencia no debe retrasarse más de 6 horas.

Hablaríamos de emergencia en aquella patología cuya evolución llevaría a la muerte en un tiempo inferior a 1 hora.
Las urgencias sanitarias tienen como objetivo garantizar a los usuarios del Sistema Sanitario una atención sanitaria durante las 24 horas del día y así poder atender los procesos que no admiten demora, lo que se entiende como atención continuada.
En un servicio de urgencias es muy importante el trabajo en equipo, para proporcionar una actuación rápida y eficaz.
El celador es el primero que recibe en la puerta de entrada de urgencias a los enfermos y a sus familiares, por eso es muy importante su actuación.

2 Objetivos

Determinar las principales funciones que desarrolla un celador en un servicio de urgencias, siendo este flexible ante las situaciones potencialmente cambiantes.

3 Metodología

Con el fin de localizar la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se ha llevado a cabo una búsqueda en diversas bases de datos, extrayendo las ideas más relevantes y procediendo a la redacción de los resultados obtenidos.

4 Resultados

Funciones del celador en urgencias:
- Funciones en la puerta de urgencias:
Recibir y ayudar a las personas que llegan a urgencias tanto ambulantes, como en vehículos como en ambulancias.
Transportar a los pacientes.
Avisar de la llegada del paciente.
Vigilar la entrada.
Vigilar el comportamiento de pacientes y acompañantes.
Ayudar al personal sanitario en lo que precise.
Facilitar información general, nunca sanitaria.
- Funciones de apoyo externo:
Traslado de documentos, objetos…

Comunicaciones verbales.
Trasladar a pacientes.
Recoger analíticas.
Funciones de apoyo interno:
Traslado y control interno de pacientes y familiares.
Trasporte y control de documentos y objetos.
Comunicaciones verbales.
Auxiliar al personal sanitario cuando lo requiera.
Control de personas en el área de urgencias.
- Funciones generales:
Responsables del manejo y custodia de las sillas de ruedas y camillas.
Comunicar al responsable cualquier avería para que sea reparado cuanto antes.
Transportar y revisar las balas de oxígeno y su funcionamiento. Comunicar cualquier incidencia a la persona responsable.
Avisar al servicio de seguridad ante cualquier altercado.
- Funciones del celador en Urgencias del Centro de Salud:
Todas las anteriormente citadas y además las siguientes:
Abrir y cerrar el centro de salud.
Citar a los pacientes para la consulta del médico de urgencias.
Atender el teléfono, tomando nota de todos los avisos para la atención médica domiciliada, notificándolo al personal sanitario.
Además de todas estas funciones, el celador deberá:
- Tener habilidades comunicativas, para trabajar con pacientes y sus familiares.
- Ser simpático, amable y prudente a la vez, respetando la dignidad de los pacientes en todo momento.
- Tener sentido de la responsabilidad.
- Habilidades de trabajo en equipo.
- Capacidad de seguir instrucciones.
- Habilidades prácticas.
- Buena forma física, pues hablamos de un trabajo activo, teniendo que levantar pesos y caminar mucho.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona con la que entran en contacto los pacientes y acompañantes al acceder a urgencias.
El celador garantiza la circulación de pacientes y su contacto con el personal sanitario.

En un servicio de urgencias podemos encontrarnos con todo tipo de situaciones con o sin riesgo vital, por ello es muy importante una actuación rápida y conjunta de todos los profesionales.
De todo ello destacamos la importancia del celador, quien debería de tener una buena formación para proporcionar un servicio de calidad al paciente y acompañantes desde el momento en el que aparecen en la puerta de urgencias.

6 Bibliografía

1. Revista Ocronos. Editorial Científico-Técnica.
2. Celadores online.

Capítulo 560

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARO: ÁREA QUIRÚRGICA

CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ

JULIANA GOMEZ CASTRO

MARÍA CABEZAS BERMEJO

MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON

DOMINGO GRANDE TERCERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que llevan a cabo los celadores adscritos a quirófano.
La palabra quirófano proviene de la voz griega kheirurgía (χειρουργία) operación quirúrgica, por lo tanto, atendiendo a tu etimología se podría decir que quirófano es un lugar del hospital donde se llevan a cabo todo tipo de intervenciones quirúrgicas.
El quirófano forma parte del área quirúrgica que está compuesta por:
- Zona limpia. Donde hay que pasar con pijama y gorro
- Zona sucia: No es necesaria vestimenta especial.
- Zona estéril: Dentro de esta zona está quirófano y es necesario que los celadores (al igual que el resto de personal que trabaja en quirófano) llevar un uniforme to-

talmente aséptico y usar mascarilla y gorro. El pijama ha de ser de color verde y el calzado de uso específico para el quirófano o en su defecto usar calzas. Todo esto es necesario, ya que el quirófano requiere unas condiciones de limpieza extrema para evitar que en las intervenciones quirúrgicas se produzca contaminación por bacterias o virus que pueden perjudicar al paciente.
Por todo ello el celador debe cumplir con las normas generales de higiene que incluye: lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, usar guantes desechables, batas desechables (sobre uniforme), calzas y gorro.
Los celadores, durante las intervenciones quirúrgicas, deben permanecer en el antequirófano para poder acudir con la mayor prontitud posible en caso de que sea requerida su ayuda en quirófano.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Poner en conocimiento funciones más importantes que realizan los celadores en el servicio de quirófano.
Objetivo secundario:
Poner en valor la figura del celador 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:
área quirúrgica, quirófano partes del área quirúrgica, normas generales de asepsia en quirófano y principales funciones de los celadores en quirófano.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: área quirúrgica, quirófano partes del área quirúrgica, normas generales de asepsia en quirófano y principales funciones de los celadores en quirófano, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones de los celadores en quirófano:

• Trasladar a los pacientes desde la unidad correspondiente hasta los quirófanos, reanimación o unidad de cuidados intensivos y viceversa. Poniendo especial atención de llevar junto al paciente la documentación clínica que le sea entregada por el personal de enfermería del lugar de procedencia y que debe entregar al personal de enfermería de la unidad recepcionaria. Además, si el paciente es portador de botella de oxigeno la deberá incorporar a los pies del paciente y avisar a la unidad de recepción si está a punto de terminarse.
•Informar a la familia del paciente del traslado y del lugar hacia donde los lleva, como así mismo la ubicación de la sala de espera donde deben permanecer hasta que sean informados por el facultativo correspondiente,
• Ayudar al resto de personal que se ocupa de la sujeción y movilización de los pacientes siempre que sea necesario.
• Introducir y sacar a los pacientes de las áreas quirúrgicas.
•Colocar a los pacientes en la mesa de operaciones.
• Una vez finalizada la intervención quirúrgica retirar al paciente de la mesa de operaciones.
• Llevar muestras de biopsias a laboratorio para su análisis.
• Traer a quirófano desde el banco de sangre concentrado de hematíes, plasma y plaquetas cuando sea necesario.
• Transportar material, aparatos o mobiliario que se les requiera, teniendo especial cuidado de no producir desperfectos en estos y ninguna rotura.
• Transportar objetos y documentos que lessean confiados por las personas superiores a ellos.
• Informar a sus superiores de cualquier anomalía que observen en cuanto a limpieza y conservación del edificio para que esta sea solventada lo antes posible.
• Ayudar en la higiene de del paciente cuando la situación lo requiera como puede ser el caso de un paciente grave por haber sufrido algún accidente y tienen que ser intervenido inmediatamente.
• Ayudar siempre que se requiera su ayuda por un mando inmediatamente superior y que no sea una tarea específicamente sanitaria.
• Vigilar el acceso a quirófano, evitando el paso a este de toda persona no autorizada a ello.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los celadores en el área de quirófano y quirófano son imprescindibles para el buen desarrollo del día a día en este servicio, imaginemos al celador que va a recoger al paciente a planta de hospitalización se pierde y tarda

mas de media hora en llevarlo a quirófano, además olvida recoger la historia clínica del paciente y pasa a la zona limpia del área de quirófano sin haberse realizado la higiene de manos, sin gorro y sin calzas ocasionaría primeramente la perdida de tiempo de los facultativos que tienen que realizar la intervención (lo que puede suponer que un paciente que está esperando a ser operado ese día se quede sin intervenir) y, por otra parte, su mala praxis aséptica puede introducir en el quirófano bacterias y virus (que pueden introducirse en el paciente cuando es intervenido). Por todo ello es de suma importancia que el celador (parte importante del equipo multiprofesional que constituye el quirófano) conozca bien sus funciones y obligaciones.

6 Bibliografía

Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 de julio)
RD 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización.
Ley 55/2003 , de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud
Ley 14/1986 de 25 de abril. General de Sanidad (BOE, num. 102 de 29 de abril de 1986)
Wikipedia. https:/celadoresonline.blogspot,com
Curso actualización integral para celadores. Fysa https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/prevencion-rrll/triptico-movilizacion-pacientes-3170.pdf
Protocolo de actuación H.G.U.C.R. http://www.hispanoteca.eu/

Capítulo 561

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO (CEDT)

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA

FELIPE ALTOZANO PEREZ

HUGO RABOSO ORTIZ

PILAR SERRANO ORTIZ

1 Introducción

Una vez superado los servicios que ofrece la atención primaria, los pacientes son derivados, urgentes o programados, al hospital. El hospital es la estructura sanitaria que se encarga de la atención especializada, programada y urgente, tanto en régimen de consultas como de ingresos hospitalarios.
Esta atención especializada puede prestarse como se ha dicho en los hospitales, pero también en los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento, cuyas siglas CEDT, constituyen la red hospitalaria pública, garantizando las prestaciones a los pacientes después de pasar por los servicios de la atención primaria.

Un centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento, descarga el volumen de trabajo de los hospitales del tipo que sean, acogiendo casi todas las consultas de las diferentes especialidades médicas, además de otros servicios como radiología, análisis clínicos, etc.
Es por este motivo que el centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento, contribuye a la reducción de las listas de espera en la esfera de sus competencias y de los servicios que ofrece y cuya gestión, tanto de los recursos humanos, como de los recursos asistenciales, dependen del hospital de referencia al que se encuentre adscrito.
En esta organización del CEDT se encuentra un equipo de profesionales de casi todas las áreas sanitarias y no sanitarias, entre ellos médicos especialistas, enfermeros, técnicos, tcaes, auxiliares administrativos y celadores.

2 Objetivos

-Describir las funciones que desarrolla el celador en un centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento.
-Conocer cómo funciona un centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han obtenido datos científicos teniendo en cuenta numerosas lecturas científicas y técnicas en diferentes y contrastadas fuentes y recursos bibliográficos, así como en la obtención de información de diversas lecturas. Para ello, se ha tenido en cuenta buscadores como Cochrane, Mdline, Google Académico.

4 Resultados

Los celadores que desarrollan su labor en un centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento, no están destinados en una ubicación concreta, es decir, no tienen asignado un servicio definido, sino que están provistos de un busca y acuden donde se le necesita a golpe de llamada. No hay que olvidar que el trasiego de pacientes o la cantidad de pruebas y consultas que se realizan, son fundamentalmente menores que en el centro hospitalario de referencia.
Las funciones desarrolladas del celador destinado en estos centros, se pueden señalar en las siguientes.

-Funciones de vigilancia de la puerta principal y acceso al CEDT. El celador es el encargado de abrir y cerrar el centro, pues su horario es, en turno de mañana y tarde, por la noche está cerrado. La entrada principal del CEDT está provista de un mostrador de información donde el celador está atento a las demandas de los usuarios, para casos de usuarios con poca movilidad, ofreciendo una silla de ruedas o informando de las ubicaciones de las diferentes consultas. También se encarga del reparto de la correspondencia y documentación que llega al centro.
-Funciones de colaboración con las TCAE en las diferentes consultas. A la llamada del personal sanitario, el celador, tendrá que acudir al sitio donde se le requiera, puede ser una consulta, para la colocación y movilización de algún paciente con escasa movilidad, o alguna prueba para la colocación del paciente en la camilla, o para la contención de algún paciente o niño en pediatría.
Además de en todos estos casos, el celador trasladará cualquier aparato que le sea demandado de unas consultas a otras, siguiendo las indicaciones del personal sanitario.
Una vez al mes, a la recepción del pedido de material sanitario y de otras mercancías, el celador colabora con la TCAE en la distribución y guarda de la mercancía en el almacén o en las diferentes consultas, siguiendo las indicaciones del personal sanitario.
-Funciones de colaboración con los Técnicos en Radiodiagnósticos. En ocasiones se presentan pacientes con escasa movilidad, programados para la realización de alguna placa radiológica. El celador siguiendo las instrucciones del técnico colabora y moviliza a este tipo de paciente en la colocación sobre la mesa para la realización de dicha placa.

5 Discusión-Conclusión

Según lo expuesto en la elaboración del capítulo, hay que destacar la importancia que tiene el celador en un CEDT, no solo, en la responsabilidad de abrir y cerrar el centro, sino que en la realización de sus funciones con total profesionalidad, contribuye el correcto funcionamiento y desenvolvimiento del mismo.
Por tanto, se podría afirmar, que pese a que el número de celadores destinados en un CEDT es escaso, gracias al esfuerzo de unos pocos, son capaces de llegar a todas las demandas, contribuyendo de esta manera a convertirse en el gran apoyo del personal sanitario, en pro de ofrecer unos servicios de calidad y garantía al paciente.

6 Bibliografía

1. Las funciones del celador en atención especializada. Disponible en https://essaeformacion.com
2. Funciones del celador. Disponible en http://www.auxiliar-enfermeria.com
3. Los celadores en los centros de salud. Disponible en https://revistamedica.com

Capítulo 562

LAS FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LA UNIDAD DE ICTUS

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA

FELIPE ALTOZANO PEREZ

PILAR SERRANO ORTIZ

HUGO RABOSO ORTIZ

1 Introducción

Es interesante comenzar esta introducción por definir que es un ictus. Un ictus es un accidente cardiovascular que se produce en el cerebro, por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el mismo, produciéndose un derrame cerebral que afecta las distintas partes del mismo, provocando en el paciente, muerte cerebral, con consecuencias como la pérdida de libertad del habla, de cualquier tipo de movimientos o incluso cuando se trata de ictus totales, la muerte del paciente.
La unidad de ictus es uno de los servicios constituidos en los centros hospitalarios, generalmente, en aquellos hospitales que tienen la consideración de hospitales generales o universitarios. Está conformada por huecos o boxes monitorizados para la estancia de los pacientes que han sufrido un ictus.
Actualmente, el número de personas que sufren algún tipo de ictus, ya sea parcial o total, un microictus o un ictus como tal, ha aumentado considerablemente, de tal manera que ha obligado a la administración sanitaria a la implantación de un

protocolo denominado "protocolo código ictus". Este protocolo implica que desde el momento que se detecta alguna sintomatología asociada al mismo, se activan una serie de medidas que van desde la realización urgente de un tac cerebral, hasta la intervención urgente para el drenaje de la sangre coagulada.
En la unidad de ictus desempeña su trabajo todo un equipo de profesionales compuestos por enfermeros, TCAE, neurólogos y por supuesto el celador.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que desarrolla el celador en la unidad de ictus.
-Describir el funcionamiento de la unidad de ictus.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se han realizado diversos contrastes de información en diferentes fuentes bibliográficas científicas, así como la lectura de diversos manuales y capítulos de lecturas científico-técnicas. También se han consultado diversos buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El código ictus implantado en todos los centros hospitalarios exige que cada uno de los boxes que constituyen la unidad de ictus esté equipado con monitores para que en todo momento estén controladas las constantes del paciente. De esta vigilancia se encargan los enfermeros y todo el personal de la unidad, en caso, que suene alguna alarma en alguno de los boxes. El celador destinado en esta unidad, también está implicado en esta tarea, vigilando a los distintos pacientes y a sus monitores, siempre que no esté realizando alguna tarea encomendada anteriormente.
El celador de la unidad de ictus, a indicación del personal sanitario, colabora en la colocación y movilización de los pacientes, tanto para el aseo, como para la realización in situ de algún tipo de prueba neurológica, como pueden ser un encefalograma, un electromiograma o cualquier otro tipo de ellas, atendiendo siempre a las indicaciones de los neurólogos.
En el proceso asistencial de estos pacientes se encuentran la realización de TAC cerebrales que el neurólogo demanda para observar la evolución del derrame.

Los TAC no pueden realizarse en la unidad, por lo que el celador destinado en la misma, junto con una enfermera o enfermero, preparan al paciente y los accesorios de la cama, como sueros, drenajes, monitor, etc., y el celador se encarga de trasladar al paciente a la unidad de radiología para la realización del tac cerebral. Mientras se realiza el tac, el celador destinado en la unidad de ictus, esperará a la finalización del mismo, para volver a colocar al paciente adecuadamente en su cama y subirlo de nuevo hasta la unidad, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario que le acompaña.

Dentro de la unidad, el celador, trasladará cualquier aparato que se le demande de un sitio a otro de la misma, y hará los traslados de cama que les sean requeridos, tanto de camas vacías como de camas con el paciente, que por su estado de evolución tenga que pasar a otra zona de la unidad.

Para finalizar hay que señalar que los ingresos en la unidad de ictus se realizan generalmente desde el servicio de urgencias hospitalarias, a no ser que sea un traslado interhospitalario. En ambos casos el celador dispondrá la cama donde se ubique al paciente, colaborando, tanto con los compañeros celadores, como con el servicio de ambulancias, a la colocación y acomodo del paciente en la cama asignada.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en la unidad de ictus del centro hospitalario debe reunir unas características muy especiales, de atención continuada a un paciente que por su enfermedad, no colabora, ni en la movilización ni en los cambios posturales y que necesita de una vigilancia continua.

El trabajo del celador en esta unidad es parte integrante del servicio para ofrecer un servicio integral y completo a estos pacientes, que muchos de ellos están en muerte cerebral.

Es cierto que con el incremento de personas que son afectadas por un ictus, las unidades de ictus de los hospitales se han visto desbordadas, ocasionando en muchas ocasiones, la reestructuración del servicio y el incremento del volumen de trabajo, repercutiendo en las condiciones físicas y ergonómicas, también del celador.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la unidad de ictus. Disponible en https://revistamedica.com

2. Normas funcionales en la unidad de ictus. Disponible en https://www.hca.es
3. Código ictus. Disponible en https://www.comib.com

Capítulo 563

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN A SEGUIR POR EL CELADOR EN LA CORRECTA COLOCACIÓN DEL ENFERMO

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA

FELIPE ALTOZANO PEREZ

PILAR SERRANO ORTIZ

HUGO RABOSO ORTIZ

1 Introducción

En el presente trabajo, se va a dar a conocer las actuaciones llevadas a cabo por los celadores ante las diversas situaciones en las que se pueden encontrar los pacientes encamados, puesto que cada uno de ellos puede presentar unas dolencias diferentes, teniendo en cuenta las características de cada uno de ellos.
Para el correcto desarrollo de este trabajo, es necesario prestar atención a la Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, en la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Adentrándose dentro de este estatuto, se observa en el apartado número 13, que los celadores llevan a cabo funciones de ayuda a enfermeros y enfermeras para la movilización y traslado de pacientes y enfermos encamados.

En este sentido, los celadores llevan a cabo tareas de traslado y colocación de pacientes que por sus propios medios carecen de la capacidad para colocarse y moverse de una camilla a otra. Así, el celador debe ser una persona capaz de conocer diferentes técnicas de movilización, procurando que dicho traslado de camillas sea rápido y facilitando el trabajo a todo el personal sanitario involucrado en dichas acciones.
Además, para llevar a cabo una correcta colocación y traslado de pacientes encamados, se necesita de una formación constante por parte de los celadores, que atienda a las patologías y características individuales de cada enfermo, que permita conocer y tomar medidas en función de las dolencias presentadas en cada paciente.

2 Objetivos

-Conocer las pautas y organización de los celadores en la colocación de pacientes
-Describir las distintas posiciones anatómicas para la correcta colocación del enfermo según las patologías de cada paciente
-Exponer las actuaciones llevas a cabo por los celadores en la correcta colocación del enfermo encamado

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta la lectura, análisis y síntesis de diversas fuentes bibliográficas y revistas científico-sanitarias, con el objetivo de dotar a este trabajo de una mayor fiabilidad, aportando la mayor información posible. Entre los buscadores que se han contado para la búsqueda de información se resaltan Pubmed, Mediline, Google Académico, entre otros.

4 Resultados

Los celadores que van a llevar a cabo la movilización y colocación de enfermos deben conocer unas normas generales imprescindibles para la movilización y colocación. Cuando un celador va a realizar alguna de estas acciones, debe perseverar la privacidad de los enfermos colocando un biombo o cortina, evitando que otros pacientes o incluyo acompañantes pueden observar lo que se está realizando. Es imprescindible no realizar movimientos bruscos con los pacientes, es

decir, si en la movilización o colocación el celador no puede realizarlo de manera autónoma, debe pedir ayuda a las auxiliares de enfermería.
A continuación, se presentan diversas situaciones de colocación y movilización de pacientes donde intervenciones las acciones y papel del celador:
Cuando se precisa del movimiento hacia un lateral de la cama, es necesario la prestación de dos celadores en caso que el paciente no pueda colaborar. En este caso, cada uno de los celadores se colocan a los lados de la cama, donde van a sujetar la entremetida lo más cerca del paciente. Los celadores deben desplazar la entremetida y doblar la rodilla del paciente para, seguidamente, empujar con la entremetida hacia el centro de la cama.
Si el celador observa una mala posición y colocación del paciente en la cama, es decir, se encuentra en una posición no cómoda, o la cabeza del paciente no coincide con el cabecero de la cama, si el paciente puede colaborar, el celador junto con el paciente realiza la colocación. En caso contrario que el paciente no pueda colaborar, se necesita la ayuda de un segundo celador. Estos se colocan en los costados de la cama, cogiendo la entremetida lo más cerca del paciente y de manera simultánea realizan un tirón hacia la cabeza de la cama, dejando así colocado al paciente
También es posible que un paciente se traslade de la camilla a la silla de ruedas. En este caso, si el paciente puede colaborar, el celador coloca la silla de ruedas a la altura de la camilla para que el paciente se coloque. En caso contrario, el celador debe sujetar al paciente por los hombros y rodillas, lo gira y ayuda a la incorporación del paciente hasta que pueda ponerse de pie. En todo momento la silla de ruedas debe estar accionada por el freno y cerca de la camilla, evitando que el paciente realice ningún movimiento brusco.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este trabajo, se destaca el papel que desempeñan los celadores en el centro sanitario, ya que, sin la participación y dedicación de los celadores, la movilidad y colocación del paciente enfermo no se podría producir. En este sentido, se observa como con la ayuda de los celadores y el gran conocimiento sobre técnicas, patologías y posibles dolencias acarreadas en los enfermos, la movilización llevada a cabo con los pacientes se desarrolla de la manera más rápida e indolora para los pacientes.
Además, se puede afirmar que con la colaboración y actuación del celador en relación con los enfermos encamados y con el conocimiento sobre las técnicas de movilización oportunas, se ofrece un servicio sanitario eficaz y de calidad,

puesto que sin la actuación de los celadores la práctica diaria, donde se realizan numerosas colocaciones de pacientes, dificultaría dicha práctica diaria.

6 Bibliografía

1. El celador en su relación con los enfermos: colocación, traslado y movilidad de pacientes. Disponible en: https://www.formacurae.es
2. El celador y la colocación del enfermo. Disponible en: https://cvpepemoreno
3. El celador ante la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 564

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

HÉCTOR PALACIOS BERZOSA

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

DIEGO GÓMEZ GARCÍA

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los celadores debe cumplir unas determinadas funciones según está establecido en cada centro sanitario u hospitales, por ello tienen que estar formados y preparados para asumir cualquier tipo de funciones de otros puestos diferentes a los que prestan habitualmente, cuando les sean mandados por sus superiores. El trabajo que desarrolla un celador es muy importante para el correcto funcionamiento de los servicios. Las funciones que presta un celador pueden ser muy diferentes en cuanto al contenido, pero son muy importantes todas ellas para el correcto desarrollo y funcionamiento diario de los centros hospitalarios. El celador es un personal que se encuentra dentro del elenco de los servicios sanitarios, sus funciones viene estructuradas en el estatuto preconstitucional del año 1971 y por lo cual es fundamental actualizar y ajustar su régimen hasta el día de hoy.

El servicio de laboratorio se define como un servicio muy importante a la hora de la creación de un nuevo centro hospitalario, este servicio es un punto neurálgico, porque en pasa cualquier tipo de muestra para ser analizada.
Los laboratorios se destinan para la investigación de varias metodologías, como son por ejemplo: inmunología, microbiología, hematología, etc.
Es por eso que este servicio se ha expandido y se ha ganado un puesto en el centro de la medicina.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las principales funciones que desarrolla un celador en el área de laboratorio.

3 Metodología

Para la realización 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.

4 Resultados

El celador que presta sus servicios en el área de laboratorio, tiene unas funciones que desarrolla en su día a día, entre las que se encuentran:
• Llevar las facturas y los documentos a la secretaria de dirección.
• Bajar a la farmacia del hospital, cuando sea preciso o cuando las enfermeras lo necesiten, allí recogerán la medicación que les han pedido, y se le entregara la medicación en la mano de la enfermera.
• Al inicio de la jornada, deben comenzar recogiendo las muestras de los servicios de quirófano y de endoscopias.
• Recoger todo tipo de material, se debe comenzar primero por el servicio de urgencias y después seguirán por las distintas plantas, como excepción de las áreas de partos y el servicio de psiquiatría.
• Son los encargados de recoger las muestras extraídas a lo largo de la mañana en el servicio de quirófano, y después entregarlo en el área de anatomía patológica, después se deben ocupar de recoger todo el material del servicio de endoscopias.
• Bajar todas las muestras al servicio de anatomía patológica.

• Traslado de los pedidos de la farmacia al servicio del banco de sangre.
• Recoger los distintos informes de las biopsias de las diferentes secretarias de anatomía patológica y después clasificarlas según las secretarias de los servicios hospitalarios.
• Acompañar a los pacientes a las consultas de hematología del hospital de día, si el enfermo lleva tratamiento pautado a casa.
• Son los encargados de repartir el correo por las distintas áreas del laboratorio.
• Retirar las muestras de neumología y otorrinolaringología.
• Efectuar la recogida de las muestras del servicio de endoscopias, para llevarlas después al servicio de anatomía patológica.
• Realizar las copias del pedido dirigido a suministros.
• Traslado de los partes que sean necesarios al servicio de mantenimiento, para que se arreglen los desperfectos.
• Deben recoger el material utilizado para llevarlo a esterilizar.
• Traslado al almacén general del hospital los pedidos y entregar el material por los distintos apartamentos del laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son una pieza clave para el manejo de los distintos servicios hospitalarios.
El celador es un personal imprescindible, para el desarrollo de cada una de sus funciones, ya que estas son muy importantes y necesarias, para que un hospital funcione de forma correcta y eficaz.
Las funciones de los celadores, pueden ser muy variadas en cuanto a su contenido, ya que depende de a qué servicio se le esté el trabajo.
Deben de tener una formación correcta y específica para llevar a cabo las diferentes funciones que le son encomendadas por cada servicio diferente, deben cumplir con su trabajo de forma satisfactoria.

6 Bibliografía

- www.scielo.org
- Pubmed.

Capítulo 565

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN Y MATERIAL

HÉCTOR PALACIOS BERZOSA

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

DIEGO GÓMEZ GARCÍA

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El celador tiene que tener en presente en todo momento la normativa vigente sobre los riesgos laborales sobre transporte y traslado de mercancía y objetos, siempre procurando que las posiciones ergonómicas sean las que se rigen en la prevención de riesgos, en la recogida y traslado de objetos, así como el medio utilizado para su transporte, o al peso del mismo.
Según se establecen el artículo14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario, dice que en su función primera que un celador, "conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, correspondencia y aquellos objetos, que les son confiados por sus superiores", sirviéndose para llevar a cabo el transporte de correspondencia un carrito de transporte, o cualquier de otro tipo de mecanismos, si se trata de mobiliario o cualquier objeto más pesado.

Las funciones de un celador en el servicio del traslado de documentos se lleva a cabo desde que un paciente acude a un centro sanitario, entrega los datos y el celador lleva la documentación, cumpliendo un orden y una secuencia en el proceso asistencial de los pacientes, hasta que este abandona el centro hospitalario por alta asistencial u otra causa.
Nos encontramos diferentes tipos de materiales y documentación, donde los celadores tienen que velar por los correctos traslados de los mismos. Entre este tipo de documentos y materiales destacan:
• Mobiliario o diversos aparatos sanitarios.
• Correspondencia.
• Documentación verbal.
• Objetos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer los documentos que el celador traslada a distintas secciones de un centro sanitario, así como las formas en las que el celador procede en el traslado de los materiales sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico-técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas como: Pubmed, Medline.

4 Resultados

El celador debe conocer la ubicación y otros datos e información de donde se encuentran ingresados los pacientes, ya que esto facilitara el destino para la entrega de los diversos documentos y de la entrega de material sanitario que sea necesaria para el tratamiento del paciente.
El celador es el encargado del transporte y traslado de los documentos y materiales sanitarios de un centro sanitario, como es la documentación clínica, por eso mismo es el encargado del traslado de la documentación que contiene y registra aquellos acontecimientos relacionados con la salud de un paciente, como son los

estudios radiográficos, patológico, datos personales, etc., también la correspondencia oficial de los centros o cualquier otro tipo de documentación que tenga que ser destinada a alguna zona del hospital.
El celador desarrolla una función muy importante para mantener en todo momento el material sanitario que corresponde a cualquier zona de un hospital, y con los pedidos que son autorizados, tiene que acudir bajo previa petición, al almacén de un centro sanitario para hacer la recogida y el posterior traslado de materiales u otros objetos que sean necesitados.
El celador también debe de conocer los servicios de lencería y lavandería, ya que en alguna ocasiones, se le mandara a estos servicios para hacer la recogida de ropa de cama, almohadas o de cualquier otro tipo de prenda, que necesaria en el servicio.
También el celador es la persona encargada de hacer el transporte de los análisis clínicos, con su respectiva documentación que lleva asociada al laboratorio, tiene que tener en cuenta a qué lugar los tiene que llevar, ya sea el laboratorio de urgencias, microbiología, toma de muestras, etc. Si fuera necesario hará la recogida y el traslado, a las unidades demandantes de los tubos de ensayos, los hemocultivos, las pruebas PCR, y cualquier otro tipo de objeto que se encuentre en él.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son los responsables y los encargados del traslado de los documentos y objetos confiados, deben adoptar las medidas correctas para que estos lleguen a sus destinos correspondientes. Por eso el celador tiene que guardar la reserva de lo que transporta, sin dar una información excesiva al personal no sanitario que lo requiera.
El celador gracias a sus funciones y al esfuerzo y desempeño de su trabajo, con el traslado de la documentación y del material sanitario, ayuda a facilitar y agilizar el buen funcionamiento de los centros hospitalarios y de los centros de salud, donde su actuación se basa en las órdenes que recibe del personal sanitario que lo solicite, siempre debe actuar de una manera rápida y eficaz.

6 Bibliografía

El celador en el traslado de documentación. Disponible en https:// revistamedica.com/. www.revistamedica.com

Capítulo 566

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS: FUNCIONES

HÉCTOR PALACIOS BERZOSA

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

DIEGO GÓMEZ GARCÍA

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El celador desempeña unas funciones muy importantes con los pacientes que llegan a la unidad de Hemodiálisis, entre las que están algunas de estas: ayudar a los pacientes a levantarse y sentarse en la silla de ruedas, así como hacer el desplazamiento desde donde estén hasta la cama o sillón, unidad de Diálisis que lo necesiten. Por eso es de vital importancia que los celadores posean unos conocimientos básicos, sobre todo en los traslados de los pacientes, así como de sus movilidades etc., ya que al ser pacientes crónicos, paran gran parte de su vida conectados a la máquina de diálisis, por eso es muy importante la adaptación.
En los últimos años, se han desarrollado nuevas técnicas para esta enfermedad, como son los trasplantes, la diálisis, mantenimiento artificial de las funciones vitales, etc., que hacen que cada día sea un poco más deshumanizadamente el trato que reciben los pacientes en los centros hospitalarios, por eso aumentan las

enfermedades crónicas por la calidad y el ritmo de vida que hace disparar el gasto sanitario porque supone una gran demanda que sigue subiendo constantemente. La Hemodiálisis se define como un tratamiento de sustitución en la función renal, que se les realiza a aquellos pacientes que tienen una Insuficiencia Renal.

2 Objetivos

Los principales objetivos de esta trabajo serán los de conocer el papel y funciones de los celadores y su importancia en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El celador en el servicio de hemodiálisis desempeña unas funciones muy importantes, en las que se encuentra:

• Traslado de los pacientes que están ingresados en un centro hospitalario, hasta la unidad de hemodiálisis que necesiten dializarse, lo harán desde la planta de hospitalización hasta este servicio, junto con la correspondiente documentación del paciente y cuando termine el tratamiento, llevarlos de vuelta a su planta de origen.

• Llevar los aparatos y el mobiliario de la unidad que se estropeen al servicio de mantenimiento para que sean reparados.

• Traslado de los pacientes que están en la unidad de hemodiálisis a otros servicios cuando lo necesiten para hacerse alguna prueba.

• Traslado de los pacientes que lo precisen desde la ambulancia hasta la Unidad de Hemodiálisis y una vez que termine el tratamiento, volver a llevarlos a la ambulancia. Los pacientes pueden ir en silla de ruedas, andando, o en una camilla, si fuera necesario.

• Traslado a otros servicios de algunos de los aparatos o mobiliario que les sean requeridos y viceversa.

• Tramitación o conducir si tardan las comunicaciones verbales, la correspondencia, documentos, o aquellos objetos que los pacientes les han confiado o por el personal sanitario de la unidad.
• Llevar a los laboratorios que correspondan las muestras extraídas a los pacientes, para que se les entreguen para ser analizadas.
• Deben ayudar a los pacientes a la hora de vestirse y desvestirse cuando se les requiera para ello.
La Hemodiálisis se define como un tratamiento que se realiza con el proceso de hacer pasar la sangre a través de un filtro exterior (dializador), este se encuentra localizado en la máquina de hemodiálisis. Este filtro ayuda a que las toxinas y el exceso de líquido, salgan de la sangre, es lo que sustituye a la función principal de los riñones.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de los celadores en el servicio de Hemodiálisis es muy necesaria, ya que los pacientes pueden llegar a presentar problemas de movilidad, así como algunos pueden presentar problemas cognitivos, por eso es muy importan la figura del celador para ayudarles.
Los pacientes valoran mucho la figura de un celador, ya que no solo por la ayuda que les proporciona a estos en cuanto a las movilizaciones y sus traslados, es de vital importancia el saber y conocer sus funciones y sobre todo a como tener conocimientos en la materia, pues en varias ocasiones son la primera persona que ven cuando entran en la unidad, pero aunque no les puede brindar información relativa de los tratamientos, los apoyara y animara.

6 Bibliografía

https://medlineplus.gov.
https://revistamedica.com/

Capítulo 567

LA UNIDAD DE SUMINISTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ

1 Introducción

El aprovisionamiento de cualquier elemento material necesario, para dar cobertura a través de una gestión eficaz, a todos los servicios del hospital es de extrema importancia, y para ello se creó la unidad de suministros. Dicha unidad la componen dos departamentos, el de compras y el de almacén.
En dicha unidad debe haber un equilibrio entre los suministros que entran y los que salen y por eso se necesita una estratégica planificación de los mismos, para hacer una correcta gestión del proceso de compras de suministros, y para lo cual se debe conocer la Ley de Contratos del Sector Público, que ha sido modificada recientemente y ha sufrido un cambio en la forma de proceder en la contratación pública.

El almacén general de suministros, además de ser un sitio físico, es donde se depositan géneros de cualquier especie, se recepcionan allí y se controlan las existencias, lo que llamamos el control de stocks, ya que es vital hacer una revisión frecuente de las cantidades de los productos de los que disponemos, para poder así planificar el consumo de las distintas zonas del hospital, y hacer los pedidos con las unidades necesarias para no quedarnos sin los suministros requeridos por cualquier unidad del hospital.
Gracias a los programas informáticos de hoy en día, todo está informatizado disponiendo de software de gestión eficaz necesario en la unidad de suministros tanto en su sección de compras como en la de almacén para la administración de stocks.

2 Objetivos

- Indicar las funciones que realiza el administrativo en la unidad de suministros, tanto en la sección de compras como en la sección de almacén.
- Conocer la coordinación con otras unidades para el buen funcionamiento de la unidad de suministros.

3 Metodología

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

4 Resultados

El administrativo en la unidad de Suministros a través de la sección de compras debe realizar las adquisiciones de materiales que le sean demandadas, siempre bajo supervisión de la Junta de Compras del hospital y según normas establecidas, y los materiales pueden ser tan dispares como productos de menaje, productos alimenticios, productos de limpieza, enseres de oficina, ropa para el personal y pacientes, tubos fluorescentes, gas, electricidad, instrumental o utillaje sanitario, así como implantes quirúrgicos o prótesis entre otros muchos.

Para gestionar las compras se debe comprobar el stock de materiales existentes, corroborar los materiales que necesiten en el resto de unidades del hospital, plantas hospitalarias, lencería, cocina, quirófanos, etc., para poder hacer el pedido de acuerdo a todo lo que necesiten. También es conveniente analizar las ofertas que los proveedores nos envían con sus materiales para ahorrar en costes. Una vez preparadas las ofertas y los pedidos y habiendo sido aprobadas por la Junta de Compras, se realizan los pedidos con el software utilizado para ello, y controlando la aceptación del pedido, plazos de entrega, modo de entrega, etc.
El papel del administrativo en la sección de almacén, es la de recepcionar y comprobar las mercancías recibidas para ver que lleguen en buen estado y que coinciden con el albarán de entrega y este con el pedido realizado. La mercancía puede ser que necesite una cierta temperatura para su conservación, para lo cual el almacén deberá estar acondicionado para recibir también este tipo de productos (1).
El trabajo en equipo y la buena coordinación de los profesionales implicados en la unidad de suministros, tanto directa como indirectamente es muy extensa, ya que desde celadores que reparten los materiales, pasando por profesionales de planta, quirófano, personal auxiliar, jefe de cocina, de lencería, contabilidad, etc. todos son necesarios para suministros y su sección de compras.

5 Discusión-Conclusión

La labor que desempeña el administrativo en el servicio de suministros hospitalarios se hace imprescindible para el buen funcionamiento del hospital, ya que su buena organización y gestión de las dos secciones de suministros, compras y almacén, hace que haya un correcto abastecimiento en todas las unidades del hospital, y se le dé al paciente una asistencia eficaz y de calidad. Además, se favorece una adecuada y eficiente utilización de los recursos.
La coordinación con el resto de unidades del hospital se hace indispensable para llevar a cabo un correcto control de los materiales tanto como para ser adquiridos, como para ser distribuidos por las distintas unidades del hospital, o también como para ser almacenados para su posterior distribución.
Finalmente, cobra gran valor la digitalización en esta unidad, ya que los distintos software utilizados son esenciales para que el administrativo desarrolle su trabajo con presión, con lo cual un buen conocimiento de los mismos agiliza el proceso.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/servicio-de-suministros-hospitalario-auxiliar-administrativo/

Capítulo 568

EL ADMINISTRATIVO Y LA ADMISIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ

1 Introducción

Se entiende por urgencia la que se presenta fortuitamente, de gravedad variable, causa diversa y en las que se precisa atención inmediata, y emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente, en la cual la falta de asistencia implica un riesgo de muerte, secuela grave, como por ejemplo, infartos, pérdida de consciencia, pérdida abundante de sangre, heridas de arma blanca, reacción alérgica severa, traumatismos, parálisis, desmayos, etc., y que requiere una actuación inmediata (1).
El administrativo es personal estatutario de los hospitales y centros sanitarios, está dentro del equipo humano profesional no sanitario que constituye la unidad de urgencias y está sujeto a los protocolos y a la normativa vigente que rige la unidad de urgencias.

En la unidad de urgencias hospitalarias el papel del administrativo es de vital importancia, y en él recae el peso del buen funcionamiento de la unidad, ya que es la primera persona que está en contacto directo con el paciente una vez llegado a la unidad de urgencias, y será la que se encargue de hacer la correcta admisión en urgencias de dicho paciente.
La clasificación de emergencias de los pacientes del sistema español de Triaje, priorizando la gravedad y la urgencia de los casos, y que se encuentra en un lugar visible en los hospitales de nuestro país, son las siguientes:
- Nivel 1. Tipo de urgencia: Resucitación. Color: Rojo. Tiempo de espera: Atención de forma inmediata.
- Nivel 2. Tipo de urgencia: Emergencia. Color: Naranja. Tiempo de espera: 10-15 minutos.
- Nivel 3. Tipo de urgencia: Urgencia. Color: Amarillo. Tiempo de espera: 60 minutos.
- Nivel 4. Tipo de urgencia: Urgencia menor. Color: Verde. Tiempo de espera: 2 horas.
- Nivel 5. Tipo de urgencia: Sin urgencia. Color: Azul. Tiempo de espera: 4 horas.

2 Objetivos

- Exponer y detallar las actuaciones adecuadas para la correcta admisión de pacientes que debe realizar un administrativo en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Establecer coordinación con los diferentes profesionales para el buen funcionamiento de la unidad de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

La admisión de pacientes en la unidad de urgencias como función principal una vez que el paciente llega al mostrador, será el siguiente:

- Nos facilitará la tarjeta sanitaria el paciente o acompañante, DNI o cualquier documento que lo identifique, como pasaporte, etc. y se hará la comprobación de todos sus datos, nombre, dirección, haciendo especial hincapié en los teléfonos de contacto, ya que aparte de su teléfono deberá de facilitarnos el teléfono de algún familiar para poder contactar en caso de urgencia. Además, se cumplimentarán o se modificarán los datos de filiación de acuerdo a la tarjeta sanitaria que nos muestre.
- Se indicará el motivo de ingreso, indicación, modo de llegada, si es un paciente que tiene mutua privada, convenios internacionales, etc.
- La fecha y la hora de admisión sale automáticamente en el programa utilizado en admisión de urgencias.
- Al paciente se le pregunta por el tipo de patología que tiene para cumplimentar los datos de acceso a urgencias, si es enfermedad común, accidente de tráfico, trabajo, deportivo, etc. Y si es cualquier tipo de accidente se le entregará una hoja de petición de datos.
- Se imprimirá la pulsera identificativa del paciente, que deberá ponérsela en la muñeca.
- Al celador se le entrega carpeta con la documentación que aporte el paciente, así como etiquetas con sus datos.

El paciente si es menor de edad irá con acompañante, y será conducido por un celador a la sala de Triaje, y es donde se lleva a cabo por el personal facultativo una primera exploración del paciente, así como se determinan las actuaciones posteriores a realizar antes de pasar el paciente a consulta. Es decir, Triaje es el filtro de pacientes de la unidad de urgencias por su gravedad y no por orden de llegada, y desde ahí se deriva hacia donde corresponda.

Obviamente, en este caso el paciente ha llegado por su propio pie y no reviste gravedad extrema, ya que si no fuese así, el paciente pasaría automáticamente a box vital, etc. dependiendo de la gravedad y siempre siguiendo las normas y el protocolo de dicha unidad.

Una vez hechas todas las pruebas pertinentes el paciente pasa a consulta, donde es valorado por los profesionales que serán quienes decidan una vez atendido, si se le da el alta, se queda en sillones, en box, en observación o se ingresa en planta hospitalaria, por lo que la coordinación con el personal administrativo se hace elemental para una eficaz gestión de la unidad de urgencias.

El papel del administrativo es imprescindible en la admisión del servicio de urgencias, ya que para el resto de profesionales que intervienen en dicho servicio, les ofrece apoyo administrativo para la eficaz y correcta atención al paciente, estando para ello en coordinación continúa con los celadores de dicha unidad, enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos facultativos, así como con otras unidades del hospital como la unidad de observación, plantas hospitalarias, paritorio, archivo, etc.

5 Discusión-Conclusión

El administrativo que trabaja en la unidad de urgencias es fundamental y una pieza clave dentro de dicha unidad, ya que es el intermediario entre paciente y profesional médico, y depende de su actuación que el resultado sea un éxito en la atención del paciente. Además, está en perfecta coordinación con los distintos profesionales de dicha unidad, y de otras unidades del hospital y esto hace que la función de la unidad de urgencias de dar atención inmediata se cumpla.
El perfecto conocimiento de los programas informáticos utilizados en la unidad de urgencias, hace que la admisión del paciente sea la correcta y se agilicen todos los procesos posteriores, por lo que una formación continuada del personal administrativo es una herramienta clave.
Finalmente, la habilidad de tener una buena comunicación con los pacientes tanto presencial como telefónica es muy importante, ya que se debe tener en cuenta que los pacientes quieren una atención rápida y de calidad en urgencias (2).

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/personal-administrativo-urgencias/
2. https://revistamedica.com/habilidades-funciones-administrativo-sanitario/

Capítulo 569

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCION PRIMARIA

ELVIRA DE LA CRUZ BARATO

MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

AZAHARA ALCARAZ HERRERA

TAMARA CALSO VIZCAINO

1 Introducción

La Atención Primaria engloba el seguimiento de un ciudadano a lo largo de su vida, por eso este deber ser fácil y rápido para gestión del usuario.
El auxiliar administrativo es la puerta de entrada del usuario a la sanidad, pues es el que deriva al paciente al especialista o profesional que le corresponde, también se encarga del funcionamiento y organización interna de los centros, más conocida como el papeleo.
Entre sus funciones se encuentran: la atención al público, recepción de llamadas, organizar expedientes, citaciones para las consultas médicas, preparación de datos informáticos, altas y bajas de historias clínicas, gestión de transporte sanitario, sellado de recetas, etc.
El auxiliar administrativo presta sus funciones como personal no sanitario integrante dentro del equipo de atención primaria en los Centros de Salud pertenecientes al Sistema Sanitario español concretamente en cada Servicio de

Salud autonómico, junto con el personal facultativo en Medicina Familiar, Enfermería, Trabajo Social, Celadores, Auxiliares de Enfermería, etc.
Estas funciones son el primer punto de conexión del usuario con la atención primaria y es donde principalmente se inicia la relación del usuario con los profesionales sanitarios. Parecen funciones sencillas, pero son de vital importancia porque afecta directamente a la organización interna del centro de salud.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a desarrollar y determinar cuáles son las funciones del auxiliar administrativo en el equipo de servicio y ámbito de atención primaria, también dar a conocer la importancia que tiene la Atención Primaria en nuestro día a día.

3 Metodología

Se ha hecho un análisis de artículos para la realización de este capítulo y una revisión bibliográfica en principales bases de datos, así como en buscadores de internet como Google, con palabras clave "funciones auxiliar administrativo en atención primaria" y "atención primaria".

4 Resultados

La principal función de la Atención Primaria es la atención de los usuarios para la prevención de enfermedades crónicas.
Los auxiliares administrativos están incluidos en la "Unidades Administrativas" en el correspondiente Servicio de Salud al que correspondan. Sus funciones viene recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias, en él se dicen las tareas generales que conlleva su puesto de trabajo como son la conservación, mantenimiento de los archivos, servicios complementarios y auxiliares y tareas propias administrativas.
El primer contacto que tiene un ciudadano con el Centro de Salud es la atención telefónica, esta atención sirve para dar cita para todos los profesionales del centro, también se resuelven todo tipo de dudas, ya que lo utilizan para preguntar otras dudas de cualquier otro ámbito sanitario.
Las nuevas tecnologías han facilitado mucho algunas funciones de los auxiliares administrativos, antiguamente la gestión de citas se hacía por vía telefónica o

por vía presencial, todavía se sigue hacienda, pero cada vez se va utilizando más pedir cita previa por internet, para algunas cosas tipo analíticas, radiografías o citas con especialistas, este servicio por internet no se puede utilizar.
Las funciones de un auxiliar administrativo en un Centro de Salud son:
- Atención telefónica.
- Atención presencial.
- Gestionar las citas de todos los profesionales del Centro de salud.
- Dar de alta a los nuevos pacientes.
- Sellado de recetas de inspección.
- Altas y bajas de historias clínicas.
- Revisar y pedir material de oficina.
- Organización de archivo.
- Tramitar cambios de historias clínicas a otros centros de salud o de otras comunidades.
- Gestionar los transportes: ambulancias, etc.

Las tareas de archivo también han cambiado, ahora el sistema de archivo es digital, es más eficaz su trabajo, ya que es mucho más fácil y rápido localizar la información de los pacientes y se ahorra tiempo en el archivo físico de las historias clínicas.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo y sus labores dentro de la atención primaria son importantes, es el primer contacto que todo paciente tiene para acceder a la sanidad pública, es el primer eslabón y es importante en la sanidad, el sentirse bien atendido es el primer paso y es importante llevar rapidez a la hora de hacer las gestiones que demandan los usuarios, deben sentirse bien atendidos y tratados e informados de las prestaciones que están solicitando.
Gracias a las Zonas Básicas de Salud tenemos una Atención Primaria que organiza y que goza de una calidad asistencial, ya que delimitan el territorio de actuación por zonas.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.congresosicepa.com
- Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

Capítulo 570

FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ

1 Introducción

En la Constitución Española de 1978, se reconoce el derecho a la protección de la salud en el artículo 43, y se concreta en la Ley General de Sanidad 14/1986, que establece su financiación pública, universal y gratuita, queriendo decir con esto, que todas las personas tienen derecho a una atención sanitaria de calidad en las mismas condiciones de igualdad.
El reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, según el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, en su artículo 28, menciona que todo ingreso o consulta en un hospital debe realizarse a través del servicio o unidad de admisión, siendo el sistema de acceso el mismo para pacientes de la seguridad social como para los pacientes que no son beneficiarios de la seguridad social.

Por lo tanto, no cabe duda que en los hospitales exista un Servicio de admisión de hospitalización (1).

El servicio de admisión de hospitalización es un servicio con carácter multidisciplinar que se encarga de facilitar el acceso del paciente a la asistencia sanitaria especializada en régimen de hospitalización, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo con sus necesidades o problemas, mediante recursos adecuados y específicos (2).
Para el buen desarrollo del servicio resulta imprescindible disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y también de organización.
El administrativo como personal fundamental del servicio de admisión de hospitalización tendrá que controlar los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales (3).
El personal administrativo se encarga de gestionar la admisión de los pacientes a hospitalización. Dichos pacientes han sido programados anteriormente.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes funciones importantes que debe desarrollar el personal administrativo para la correcta gestión de los pacientes en el servicio de admisión de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

En admisión de hospitalización se reciben a los ingresos programados para una intervención quirúrgica, y estos pueden venir de:
- Lista de espera quirúrgica.
- Consultas externas.

La primera función primordial del administrativo es la solicitud y programación de ingresos. El administrativo se encargará de imprimir la lista de pacientes a intervenirse, es decir la petición de admisión, que previamente ya han colgado los especialistas de las consultas externas, y se clasificarán y se guardarán según fecha de ingreso. En cuanto a las cirugías de lista de espera quirúrgica, llegan por parte de cirugía mayor ambulatoria los partes de intervención del día siguiente, y el administrativo debe imprimirlos también.
Puede suceder que los pacientes vengan a ingresarse de otro hospital y traigan su documentación, y en ese caso, órdenes de asistencia de ambos hospitales gestionan el traslado, y se hace reserva de cama.
La segunda función importante y necesaria es la recepción e identificación de los pacientes y para ello necesitaremos la tarjeta sanitaria del paciente. No se necesitará copia de la petición de admisión porque ya previamente se había imprimido una. Y con la tarjeta sanitaria del paciente y comprobando todos los datos y siguiendo las normas de admisión, se procede al ingreso del paciente en la cama que el día de antes el administrativo ya habría gestionado con planta y con el supervisor, haciendo una verificación de camas, y se habría reservado una cama para ese paciente. Todo el proceso de reservas de camas para pacientes que van a acudir a admisión de hospitalización se hace el día anterior, para que cuando llegue el paciente, esté todo listo informáticamente hablando y tenga su cama reservada. Con lo cual no solamente se hace la admisión del paciente, sino que anteriormente se ha hecho una gestión de camas de hospitalización y registro de camas libres y ocupadas.
Por todo lo anteriormente expuesto, la tercera función esencial del administrativo en su puesto de trabajo es la coordinación organizativa del proceso asistencial en dicha unidad para una correcta gestión de la unidad, y registro del episodio de hospitalización, conservación y custodia de la documentación, así como control y autorización de traslados, altas, etc.
Además, el papel que el personal administrativo desempeña referido a los pacientes y familiares es tratar de conseguir una mejor y rápida adaptación al medio hospitalario en el menor tiempo posible, con un trato personalizado y humano, ofreciendo tanto al paciente como a la familia la información que precisen (4).

5 Discusión-Conclusión

Dada la importancia de la tarea desempeñada por el administrativo en la que debe conocer y manejar perfectamente el software utilizado en admisión de hospitalización, es muy recomendable que exista una formación continuada de di-

cho personal, para que se agilicen las tareas administrativas de admisión y se dé apoyo al resto de unidades y profesionales implicados en dicho servicio, para la garantía y seguridad del paciente y que la prestación sanitaria sea óptima.
Finalmente, una adecuada atención personal al paciente, utilizando un lenguaje claro y sencillo, así como una coordinación eficaz con el resto de unidades para agilizar los procesos asistenciales del paciente, son de vital importancia dentro de esta unidad.

6 Bibliografía

1. http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-6.html
2. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/
3. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/
4. https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/15/ingreso-hospitalario-protocolo/#::text=Ingreso%20o%20admisi%C3%B3n%20hospitalaria%20es, mediante%20recursos%20adecuados%20y%20espec%C3%ADficos.

Capítulo 571

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, EL REGISTRO DE UN RECIEN NACIDO EN EL REGISTRO CIVIL

ELVIRA DE LA CRUZ BARATO

MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

AZAHARA ALCARAZ HERRERA

TAMARA CALSO VIZCAINO

1 Introducción

La dirección del Hospital solamente puede comunicar el nacimiento del niño o de la niña durante las primeras 72 horas de vida de los bebés y además debe aportar los datos para garantizar la correcta identificación del recién nacido y la filiación materna. El nacimiento es el primer hecho de la vida que la ley ordena inscribir en el Registro Civil.
La gestión de la inscripción en el Registro Civil puede realizarse de dos maneras diferentes:
- Vía telemática: se realiza desde el mismo hospital o clínica donde está ingresado, está disponible en los centros hospitalarios públicos y en la mayoría de los hospitales privados. Los progenitores cumplimentan y firman un cuestionario donde se acredita el nacimiento del niño, los DNI de los padres y documentación que

sea necesaria, según las peculiaridades de cada caso. A este cuestionario se incorpora el informe médico sellado por el centro hospitalario. Los padres, una vez registrado, recibirán del Registro Civil la certificación literal del nacimiento.
- Vía presencial: es la forma en la que se realizaba antes de 2015. Se recurre a él cuando el centro hospitalario no cuenta con la opción de la vía telemática o cuando, por diferentes motivos, se esté obligado legalmente.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo ver la tarea de los auxiliares administrativos en la inscripción del recién nacido en el Registro Civil.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en principales artículos, así como en bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave "registro recién nacido en registros civiles".

4 Resultados

Para que el registro del recién nacido se lleve a cabo en los centros sanitarios, los interesados deben presentar junto con el informe acreditativo del nacimiento, en el plazo de 72 horas desde el alumbramiento, la siguiente documentación:
- Libro de familia.
- Certificado de matrimonio.
- Declaración en formulario si la filiación es matrimonial.
- Declaración en formulario si la paternidad es no matrimonial.

Una vez cumplimentado el formulario se escanean los documentos necesarios y el centro sanitario envía toda la documentación al Registro Civil. Y este, una vez practicada la inscripción, envía a los progenitores certificación literal del nacimiento.
La ley 19/12015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil, en su artículo segundo tres, contempla la posibilidad de que los ciudadanos puedan comunicarse con el organismo electrónicamente desde los centros sanitarios el nacimiento de sus hijos.

Esto permite la inscripción de los recién nacidos en los centros sanitarios (hospitales) donde las personas autorizadas (padres, madres o pariente próximo que sea mayor de 18 años), asistidos por los auxiliares administrativos de los centros sanitarios, firmarán el formulario original de la declaración al que se incorporará el parte facultativo acreditativo del nacimiento en cuestión. Todo esto se remitirá telemáticamente al Registro Civil.
En los centros sanitarios no se puede llevar a cabo los trámites necesarios para proceder a la inscripción del recién nacido en los siguientes supuestos:
- Destrucción de presunción de paternidad matrimonial.
- Cuando algún progenitor tenga la capacidad modificada judicialmente.
- Cuando la madre haya renunciado al hijo.
- Cuando algún progenitor es menor de edad.
- Hijos no matrimoniales en caso de ausencia del padre, madre o ambos.
- Cuando los dos progenitores sean extranjeros de distinta nacionalidad.

5 Discusión-Conclusión

Es cierto que hay casos que son concretos en los que sigue siendo necesario seguir realizando la inscripción de forma presencial, como se venía haciendo hasta 2015, ya que el personal administrativo no tiene ni potestad ni acceso a la comprobación de ciertas peculiaridades. Pero estos casos, en la actualidad, suponen un porcentaje reducido del total de los nacimientos.
Es totalmente necesario que los auxiliares administrativos del ámbito sanitario conozcan tanto la documentación necesaria que hay que enviar para proceder a la inscripción en el Registro Civil, como así mismo de los casos en los que obligatoriamente los progenitores tienen que personarse en el Registro Civil para proceder a la inscripción.

6 Bibliografía

• www.scielo.org
• https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/mujer/medicina

Capítulo 572

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

ELVIRA DE LA CRUZ BARATO

MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

AZAHARA ALCARAZ HERRERA

TAMARA CALSO VIZCAINO

1 Introducción

El lenguaje es el instrumento de la comunicación, sin este no tendríamos relaciones individuales y sociales y por lo tanto no podríamos comunicarnos.
La comunicación entre el personal sanitario y no sanitario y el usuario, tiene un papel muy importante en el abordaje de la enfermedad, sea cual sea la gravedad y el momento en el que se encuentre.
Definimos la comunicación como el proceso por el cual el paciente se relaciona con otras personas o con su entorno utilizando un código común que se envía a través de un medio, con la finalidad de conseguir una respuesta u objetivo.
El auxiliar administrativo debe de estar formado y debe adquirir una serie de destrezas y habilidades en el ámbito sanitario, que le permitan interpretar lo que el usuario quiere decir en ausencia de palabras. También es necesario trabajar

la escucha activa, la cual tiene un valor imprescindible para obtener los mejores resultados.
El auxiliar administrativo juega un papel fundamental, ya que está basado en la atención directa hacia los pacientes, y ofrecen una mayor capacidad resolutiva y proactiva, se implican y participan en la comunicación de todos los procesos administrativos, donde los pacientes, en general, comparten y participan en su salud.

2 Objetivos

Analizar los diferentes tipos de comunicación que se utilizan por parte del usuario en el ámbito sanitario y el auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en principales artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

El auxiliar administrativo debe intentar crear un entorno de confianza y seguridad, con sonrisas y pequeños gestos, para que el paciente se sienta en liberta para preguntar todas las preguntas y dudas que tenga, para que el auxiliar le formule las preguntas necesarias para poder entender sus dudas y saber que nos están pidiendo los pacientes en todo momento y dar una respuesta acertada y adecuada. Siempre manteniendo el contacto visual y evitando los gestos negativos.
El auxiliar administrativo se puede comunicar con los usuarios a través de la comunicación verbal y la comunicación no verbal. Se definen como:
• Comunicación verbal: este tipo de comunicación su función es transmitir por medio de la palabra lo que se quiere comunicar.
• Comunicación no verbal: en este tipo de comunicación se encuentra la expresión de la cara, los gestos, la postura, la mirada, etc. En este tipo de comunicación muchas veces no la tenemos en cuenta, pero se considera más importante que la anterior, ya que muchas veces sin querer se demuestran los más sinceros pensamientos y sentimientos.

Los pacientes y familiares, deben de estar informados y tener en conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes. También a recibir la información que requieran sobre aquellos aspectos de las actividades asistenciales relacionadas con el proceso de su tratamiento y situación personal.
El auxiliar administrativo, a la hora de hablar con los familiares y los pacientes, debe hacerlo utilizando un lenguaje preciso y claro, evitando en todo momento los tecnicismos científicos. Tienen que utilizar palabras conocidas en un lenguaje coloquial y las frases tienen que ser clara, precisas. Además el auxiliar debe no emitir cualquier juicio de valor u opinión sobre el proceso del paciente, tanto al propio enfermo como a la familia.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es un elemento indispensable para favorecer y mantener un entorno positivo en todo lo posible, la comodidad de los usuarios. El auxiliar administrativo juego un factor primordial para mantener este entorno positivo.
El auxiliar administrativo del ámbito sanitario es el que establece una comunicación diaria y constante con los usuarios, su papel es fundamental, ya que el desempeño de sus funciones puede satisfacer las necesidades de los usuarios, para favorecer la mejoría y la curación de los enfermos.
La finalidad es tener una buena comunicación con los usuarios y sus familiares, para tener una mejora en sus funciones, así como desarrollar habilidades comunicativas.

6 Bibliografía

- https://administracion.formacionalcala.es/
- https://congresosicepa.com
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 573

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS

LAURA RODRIGUEZ MORENO

VERONICA DEL RÍO MENGUEZ

CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES

1 Introducción

En primer lugar, y antes de dar inicio al desarrollo de la temática que se va a tratar en este capítulo, titulado "La movilización del paciente. Actuación del celador", se van a definir una serie de conceptos que a menudo son utilizadas durante la realización de esta función.
El manual del celador de las instituciones sanitarias de la conselleria de sanitat de la generalitat valenciana define el término de movilización como "El desarrollo de un programa de ejercicios encaminados a conseguir el restablecimiento de las funciones disminuidas por la enfermedad". Este manual diferencia dos tipos de movilizaciones; la movilización activa (la cual es realizada el propio paciente, siempre supervisado por el personal sanitario) y la movilización pasiva (los pacientes que por su incapacidad o por indicación del médico especialista encargado del paciente, no pueden realizar ningún tipo de esfuerzo físico).

Por otro lado, la inmovilidad es definida por este manual como "la disminución o interrupción de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras o también como la incapacidad para desplazarse de forma independiente en su espacio vital".
En este capítulo se desarrollará una breve síntesis de las diferentes posiciones anatómicas básicas que debe conocer el celador, para movilizar al paciente.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de realizar los cambios posturales de los pacientes encamados cada dos o tres horas.
- Exponer y saber diferenciar los términos de movilización e inmovilidad.

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 inmovilidad de los pacientes, ya sea por causas físicas o por causas psíquicas, puede tener una serie de repercusiones:
• Función respiratoria.
• Función motriz.
• Función cardiovascular.
• Función gastrointestinal y metabólica.
• Función urinaria.
• Función cognitiva.
• En la integridad cutánea.
El manual del celador anteriormente nombrado, define el concepto de cambios posturales como "Las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado para evitar patologías derivadas de la inmovilidad (úlceras por presión, atrofia muscular, etc.)".

Por ello, es de vital importancia los cambios posturales de los pacientes encamados cuya movilización es pasiva, cada dos o tres horas.
Para realizar este tipo de movilización pasiva al paciente encamado, se deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:
• El paciente encamado no podrá prorrogar una posición durante más de tres horas. Por lo tanto, el equipo asistencial, (enfermería, auxiliar de enfermería y celador) movilizarán al paciente variando entre las diferentes posiciones anatómicas básicas (decúbito supino, lateral izquierdo, lateral derecho, sims…). Estos cambios serán realizados cada dos o tres horas tanto durante el día como durante la noche.
• Para colocar a un paciente hacia la posición de decúbito lateral, se movilizará al paciente durante un lado, apoyando la espalda sobre almohadas. Así mismo, las piernas serán dobladas en el mismo sentido, colocando almohadas en las dos piernas. Al colocar las almohadas en las piernas, se evitará el roce y futuras úlceras por presión.
• Cuando las circunstancias lo permitan y las capacidades físicas de los pacientes así lo posibiliten, se recomendarán los paseos de los pacientes, o en su defecto, los cambios frecuentes en la cama.
• Para finalizar, y como hemos aludido con anterioridad, estos cambios posturales se deberán llevar a cabo durante el día y durante la noche, por ello, se deberá determinar un calendario de cambios posturales, logrando de esta manera la continuidad de estos cambios durante las 24h al día. Con este horario se aseguran los cambios posturales de los pacientes, y de esta manera no afectará los cambios de turnos del personal sanitario y no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Con la lectura de este capítulo titulado “La movilización del paciente. Actuación del celador” se ha podido llegar a la conclusión de que las actuaciones desarrolladas tanto por celadores como por el resto del equipo de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería), para realizar los cambios posturales, cada dos o tres horas, en los pacientes encamados cuya movilización es pasiva, tiene una gran importancia, ya que de esta manera se podrá evitar la aparición de úlceras por presión en cada una de las zonas corporales donde se ejerza más presión.
Del mismo modo, y para finalizar, se ha podido comprobar la diferencia entre los términos de movilización e inmovilidad.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD.
- 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 574

EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE FORMAR UN EQUIPO DE SALUD

LAURA RODRIGUEZ MORENO

VERONICA DEL RÍO MENGUEZ

CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES

1 Introducción

Un equipo de salud competente es aquel que va a conseguir lograr, poder coordinar y trabajar de una manera excelente el esfuerzo de sus componentes sacando el máximo rendimiento. Ello le va a permitir trabajar fluidamente, en total compenetración, alcanzando los objetivos o requerimientos derivados de los requerimientos o necesidades de la asistencia al enfermo o de la patología y situación en la que se encuentre. El triunfo de un equipo no va a ser el resultado de la buena suerte, como tampoco, será de la casualidad, sino que vendrá derivado de un esfuerzo en conjunto y en común.
Un trabajo en equipo competente es aquel que crea su propio criterio de particularidades que hacen que sea realidad una dinámica de adhesión en un grupo de trabajo. Cuando un equipo capaz trabaja, la estructura que se crea ayuda a que el grupo obtenga resultados más productivos. Para formar un equipo con buena

producción, primeramente se necesita identificar las definiciones de un trabajo en equipo eficaz.
Actualmente, en la esfera de la sanidad o en cuanto a la salud se reseña, es imposible e inviable que se trabaje individualmente al margen de los demás compañeros o profesionales que intervienen en la atención sanitaria o social en lo referente a la salud, con lo cual el trabajo en equipo es de suma importancia a la hora de un logro en los objetivos.

2 Objetivos

Describir en cuanto al trabajo en equipo, los requerimientos imprescindibles de la concepción social que en la actualidad tiene la salud, el desarrollo de la especialización y la concepción integral del hombre, el desarrollo de la especialización, con lo cual veremos la importancia de trabajar en equipo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Principalmente por tres motivos, es imprescindible el trabajo en equipo en la esfera de la sanidad los cuales son:
1. La concepción social que se tiene a día de hoy en cuanto al tema de la salud. En lo referente al hombre es un ser social, dentro en un grupo y en un entorno que actúa a favor o en contra en sus requerimientos de salud y enfermedad. Por tanto, estos requerimientos no pueden tratarse de forma unitaria e individual sino de forma general, con lo cual se ven superadas la forma de trabajar unitaria y las actuaciones individuales, siendo necesaria la actuación en conjunto de los profesionales sanitarios y no sanitarios, de la Administración y de la propia comunidad para conseguir la salud de los enfermos, la familia y de la comunidad.
2. El desarrollo de la especialización. La gran especialización en los múltiples campos de la Medicina y las otras esferas relacionadas con la salud, han creado

una serie de dependencias y necesidades unos de otros, llegando a perderse las actuaciones individuales.
3. La concepción global del hombre. La enfermedad o la salud, ya no están acotadas al campo biológico, sino que se ven extendidas a los aspectos emocionales y sociales del individuo evidenciándose una interrelación entre ellas.
La práctica profesional ideada como un trabajo individual y aislado, está llegando a su fin y la querencia de los profesionales sanitarios a efectuar sus actividades en grupo cada vez se ve más incrementada.
El equipo no debe ser una totalidad única. Hay que pensar en el plural de los equipos. Los equipos se crean para llevar adelante asistencias y tareas, que a la hora de ponerlas en práctica será lo que va a definir al equipo, de forma que pueda haber, equipos diferentes para tareas diferentes, con esto queremos decir, equipos desiguales se conjuntan dependiendo de la tarea a efectuar.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito existen tres motivos principales a la hora de pensar en crear un equipo y que para ello debemos saber los tres conceptos generales o prioritarios por los que es necesario y de vital importancia a la hora de la asistencia al enfermo, para que todo fluya correctamente y derive en una atención sanitaria digna de mención.
La concepción social, en lo que refiere al hombre es que, en la sociedad actual está dentro en un grupo y en un entorno que actúa a favor o en contra en sus requerimientos de salud y enfermedad, pero que a la hora de trabajar tendrá que hacerlo en equipo, ya que individualmente no sería viable ni eficaz
El desarrollo de las especializaciones en materia de salud nos lleva a la necesidad de depender en la esfera sanitaria de otras disciplinas de salud, y es por ello que se han creado una serie de dependencias unos de otros, lo que nos lleva a no ver el equipo de trabajo como un equipo individual sino como la conjunción de muchos equipos, para que el trabajo entre todos derive en una correcta asistencia o atención de la salud.

6 Bibliografía

1. https://docer.com.ar/doc/801vvs
2. https://www.salusplay.com/blog/caracteristicas-equipo-enfermeria-eficaz/
3. http://celadoresonline.blogspot.com/p/trabajo-e.htm

Capítulo 575

EL CELADOR Y SU APORTACION Y AYUDA EN GERIATRÍA

LAURA RODRIGUEZ MORENO

VERONICA DEL RÍO MENGUEZ

CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud indica que las caídas son hechos involuntarios que hacen llegar a perder la estabilidad y dar con el cuerpo en el piso u otra superficie dura que lo pare. Este problema atañe y provoca en los mayores incapacidad, discapacidad y/o dependencia, además, de una gran variabilidad de patologías pudiendo ser estimado como uno de los principales problemas geriátricos y que según las cifras derivadas de las estadísticas nos lleva a evidenciar que entra en el segundo puesto en acontecimientos de muerte en lo que a lesiones no intencionales o accidentales se refiere en la población de individuos mayores, globalmente.

En cuanto a los individuos mayores que padecen caídas anualmente en la población global sería una tercera parte. Suelen pasar el rango de los 65 años, etapa de edad que se ve incrementada, en residentes de centros de geriatría. Los

sucesos de caídas se han visto elevados en los últimos años, y se cree que tendrá un aumento paulatino según vayan pasando los años.
Destacan por su significación social y sanitaria las denominadas caídas recurrentes, que son las que pasan en más de dos o tres caídas en el mismo año, son las que llevaran a las enfermedades crónicas o limitaciones funcionales, en los individuos con rango de edad que pasan de 65 años. Se estima que más de la mitad de los ancianos que incurren en una caída van a suceder un episodio posterior de caída en el próximo año, con lo cual se verá incrementado los peligros para la salud.

2 Objetivos

-Explicar los condicionantes de peligro que inducen a las caídas y las consecuencias físicas en la población de mayores de 65 años o ancianos

3 Metodología

Para la elaboración de este presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y una revisión bibliográfica de artículos en una búsqueda sistemática en las bases de datos SciELO y Google Academic, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Estos peligros a los que puede estar expuesta la población anciana se dividen en intrínsecos y extrínsecos.
-CONDICIONANTES INTRÍNSECOS.
Puede verse disminuida o alterada, la percepción sensorial. El mayor tiene que permanecer en un lugar con ausencia de obstáculos y correcta iluminación. Llevar al corriente las revisiones visuales con oftalmólogo y optometrista. Además, deben de hacer uso de sus gafas o aparatos auditivos, en el caso de que las requieran, ayudaran a la percepción sensorial. Se verá aumentado el peligro de caídas con la utilización de la polifarmacia. Por ello se deberá estar al tanto de su medicación y de que las dosis sean las pautadas. Se tendrá que evitar la automedicación que es muy recurrente en los individuos ancianos.
Entre los ancianos y el peligro de caídas otro nivel a valorar será la pluripatología.
-CONDICIONANTES EXTRÍNSECOS

Entre estos condicionantes extrínsecos se incluirá que el lugar donde habitan los individuos mayores, tiene que estar adecuado a sus patologías y limitaciones, evitando cualquier obstáculo o barreras arquitectónicas, que los suponga un peligro de caída, como pueden ser, suelos que resbalan, luz inadecuada, alfombras, muebles poco seguros entre otros muchos. Las habitaciones deben ser grandes para que no se vea interrumpida su movilidad. Los cuartos de aseo con suficiente espacio y asideros para un mayor agarre y seguridad del anciano.
La cama frenada siempre y en situación lo más baja posible, la colocación de barandillas en la cama es de valorar. Los trabajadores y profesionales del personal celador podemos colaborar con el resto del equipo para valorar las mejores opciones.
El calzado debe ser con un poco tacón, pero bajo y suela antideslizante.
El impacto emocional se debe tener en cuenta la intervención psicológica del peligro de caídas por las consecuencial mentales que producen.
En un análisis de 2014, evidenciaron, Meléndez-Moral y cols, que se puede elevar la seguridad y aliviar el miedo a caerse de los ancianos a través de un programa de educación para practicar adecuadamente y con toda seguridad las Actividades básicas de la vida diaria, desde las actuaciones de todo el equipo de salud, se deberá fomentar en el anciano a que no tenga miedo y hacerle saber que lo puede lograr.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito se llega a la conclusión de que el peligro de las caídas en el anciano es muy elevado. El estudio de una valoración en conjunto de este peligro, ayudándonos en un instrumento específico, puede llegar a la prontitud en saber los condicionantes y el grado de peligro.
Por la gran prevalencia del peligro de caídas en la población anciana, se cree adecuada la continua formación de los profesionales de la salud y continua actualización que se van viendo a lo largo del tiempo y poderlo llevar a cabo en la práctica.
Para mejorar la atención integral de los individuos mayores que ya han padecido una caída y poder prevenir las consabidas caídas recurrentes, será esencial poner atención al impacto emocional que puede causar este evento en el anciano, ya que de las caídas les pueden provocar miedo y ansiedad y llevar a un menoscabo de la calidad de vida que llevaba anteriormente a caerse.

6 Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Caídas.
2. https://www.scielo.org/es/.
3. Del Rocío Almazán-Castillo M, Jiménez-Sánchez J. Escala de valoración de peligro de caídas en pacientes hospitalizados.

Capítulo 576

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS AMBULATORIOS LOCALES

VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ

JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ

FRANCISCA NAVARRO CASTILLO

MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ

MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el que se encarga de gestionar la atención sanitaria ambulatoria de las diferentes especialidades en las consultas externas del centro hospitalario, llevan a cabo la gestión de las citas de los usuarios, así como cualquier otro procedimiento que deban realizar. Gestionan las agendas de las consultas llevando un registro de todas las actividades realizadas. Las funciones del auxiliar administrativo puede parecer sencillas a simple vista, sin embargo, el orden, la carga, y la correcta gestión hacen que la figura de los auxiliares administrativos sea imprescindible. En las consultas externas de cualquier hospital, se reciben diariamente a diferentes usuarios con diversas necesidades. Por eso se debe diferenciar las funciones que deben realizar los auxiliares administrativos. Así se podrá minimizar el tiempo de respuesta o espera a las peticiones de consulta de los pacientes, además de la gestión óptima de las agendas de consultas

(primeras consultas, revisiones, preferentes, etc.); ofreciendo siempre una atención personalizada y de calidad al paciente (tanto presencial como telefónica). Por eso, cuando el paciente haya acudido a los centros de atención primaria ante una posible pérdida de salud y en el caso de que esta no haya podido ser solucionada, se solicita la atención especializada a través de consultas y la realización de pruebas a los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones que realizan los auxiliares administrativos en el servicio de consultas externas de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio, utilizando como palabras clave "funciones auxiliar administrativo en las consultas externas".

4 Resultados

En las consultas externas de un hospital acuden diariamente multitud de pacientes, por eso debemos diferenciar las funciones que realizan en estas los auxiliares administrativos:

• Atender al paciente solucionando cualquier duda sobre su cita.
• Expedición de los documentos y justificantes sobre las consultas médicas que puedan solicitar los pacientes.
• Realizaran la atención telefónica para la gestión de las consultas.
• Encargarse de gestionar la información, datos y documentación de los pacientes, siempre manteniendo su debida confidencialidad.
• Gestionaran la agenda de fechas y horarios de las consultas.
• Gestionaran la programación de las operaciones de los pacientes.
• Gestionaran el registro de las listas de espera de las operaciones quirúrgicas, así como la inclusión de los usuarios en dichas listas.

• Encargarse de la digitalización de los datos para posteriormente introducirlos en el historial del paciente.
• Establecerán una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del centro hospitalario para la continuidad en la atención de los usuarios que así lo requieran.
• El auxiliar administrativo debe gestionar una serie de datos para la identificación del usuario como su nombre y apellidos, la fecha de nacimiento, teléfono, número de la seguridad social, edad, etc.
• También los datos sobre el médico que ha solicitado la cita en las consultas externas, identificar el área que solicita la consulta y qué servicio solicita, además de gestionar los datos médicos (historia clínica) y clínicos del paciente, así como echas y horarios de las consultas.
• Gestionaran los motivos de salida del registro de las consultas externas, como la no presentación, el aplazamiento, tanto el solicitado por el propio paciente como por el médico, renuncia voluntaria, etc.
Los auxiliares administrativos, resumiendo sus funciones, las más destacadas son la gestión de la documentación clínica, la información asistencial y la gestión de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es el nexo de unión entre el facultativo y el paciente, siendo además el encargado de velar porque el proceso de consulta se realice con la mayor agilidad posible.
El volumen de pacientes que a diario necesitan de una consulta médica en determinados hospitales, hace que los auxiliares administrativos estén formados en el manejo de sistemas informáticos complejos para gestionar las consultas a la mayor brevedad posible.
Los auxiliares administrativos deben de tener una formación adecuada, para el manejo y tratamiento de este tipo de información, en el manejo de los sistemas informáticos que son útiles y necesarios para la gestión de todas las consultas que se realizan al cabo del día en las consultas externas de un hospital.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed
- https://congresosicepa.com/administrativo-consultas-externas/#::text=Ya%

20que%20en%20las%20consultas%20externas%20de%20un,de%20sus%20citas%20adem%C3%A1s%20de%20sus%20datos%20personales
- Guía de gestión de consultas externas en atención especializada.

Capítulo 577

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA APORTANCIÓN DE CAMAS A PACIENTES QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN

VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ

JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ

FRANCISCA NAVARRO CASTILLO

MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ

MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA

1 Introducción

Las unidades de hospitalización presentan una gran actividad, ya que en las mismas se ha de atender a los pacientes, sus familiares y a los cuidadores. También se solucionan problemas relacionados con la salud y dirigen de una manera adecuada estrategias de seguridad, tanto cuando el paciente es dado de alta como cuando se deriva a otro centro o área sanitaria. Por ello, el coste económico derivado de los ingresos hospitalarios, así como de la actuación asistencial por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios es elevado. La gestión de camas es fundamental en este sentido.

La gestión de camas puede definirse como "el conjunto de acciones que llevan a ordenar, programar y regular la actividad de ingresos y altas hospitalarias, en relación con las camas del hospital.
Cuando hablamos de ingreso nos referimos a que un paciente que es admitido en una unidad de hospitalización va a ocupar una de las camas del hospital. Este usuario va a generar una estancia hospitalaria durante un tiempo determinado.
La organización no solo de las camas, sino también de estos factores asociados, corresponde al Servicio de Atención al Usuario, que se desarrolla de una manera paralela a las diferentes acciones de la dirección médica y de enfermería. La coordinación entre estas tres áreas garantizará una adecuada calidad asistencial.

2 Objetivos

Explicar e indicar el trabajo del equipo de auxiliares administrativos en la gestión de camas de los pacientes que necesitan ser hospitalizados

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 artículos en las principales bases de datos como Pubmed y scielo.

4 Resultados

La dirección médica, la dirección de enfermería y el servicio de atención al usuario son los tres responsables directos de la gestión de las camas en las unidades de hospitalización. La cooperación de estos permite desarrollar correctamente una planificación y programación de los ingresos y altas. En aquellos casos en los que se otorgan habitaciones dobles, las asignaciones de las camas van a depender de los aspectos que se exponen a continuación:
-Por un lado, el sexo: la habitación se ocupará por dos personas del mismo sexo, excepto en las unidades de pediatría y en niños menores de 10 años.
-El segundo criterio será la edad: se pretende que los compañeros de habitación se encuentre en un rango de edad similar.
. El criterio médico: que va a condicionar el ingreso del paciente, ya que en muchas circunstancias se indica una situación de aislamiento, o procedimientos

especiales.
-Las características propias del paciente: patologías previas, personalidad e incluso trastornos psicológicos.
-La gravedad de la patología, para pacientes que se encuentran en fase terminal, se establece una habitación individual.
El auxiliar administrativo participará dentro del departamento de atención al usuario: se encargará, entre otras cosas, de la previsión de altas e ingresos programados. Sin embargo, los datos pueden variar en función de situaciones excepcionales, de ingresos no previstos o, incluso, de catástrofes inesperadas. Es por ello que siempre se debe disponer de una ratio de camas libres que se puedan utilizar en caso de emergencia.
El auxiliar administrativo se encargará no solo del contacto con la dirección de enfermería y médica, sino también de la interacción con estos pacientes. Se encargarán de contactar con estas personas, recordarles sus citas médicas, la fecha de ingreso, motivo y resolución de dudas al respecto. Para ello deben manejar distintos conceptos técnicos en relación a la gestión de camas como por ejemplo:
-Cama libre: que es aquella que consta como libre en admisión de pacientes.
-Cama ocupada: la presencia de un paciente en una cama específica.
-Cama reservada: con reserva para un posible ingreso con una programación de cirugía o médica.
-Cama periférica: paciente que ocupa una cama en un área distinta de la prevista inicialmente.
-Traslado: se refiere al hecho de trasladar al paciente de una cama a otra.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo forma parte del servicio de atención al usuario que, en colaboración con la dirección médica y la dirección de enfermería, se encargan de la gestión de camas de la unidad hospitalaria. Es por ello, que se debe realizar una correcta previsión de camas libres para cualquier urgencia.
El auxiliar administrativo ha de manejar distinta terminología técnica, ser conocedor de los diferentes procedimientos a la hora de asignar una cama.
Como conclusión sacamos que el auxiliar administrativo no solo debe saber gestionar los programas informáticos relacionados con la gestión de camas, sino que también deben disponer de habilidades sociales para interactuar con los pacientes.

6 Bibliografía

www.google.es
www.scielo.org
www.revistamedica.com

Capítulo 578

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS SANITARIOS

VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ

JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ

FRANCISCA NAVARRO CASTILLO

MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ

MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA

1 Introducción

Este capítulo nos introduce en los conocimientos del auxiliar administrativo respecto de las clases de archivos, criterios de ordenación del archivo y derecho de acceso a los documentos administrativos en centros sanitarios.
La archivística es una ciencia que establece los principios y las técnicas necesarias para la correcta gestión de los documentos, también define sus funciones jurídicas, administrativas y científicas. La organización documental está relacionada con los sistemas archivísticos fundamentales, está basada en la regla de respeto al origen de los fondos o principio de procedencia.

En la gestión de cualquier organización es imprescindible la impecable gestión y organización de los archivos, estos son una herramienta insustituible. Este recurso material ha de realizarse de forma cuidadosa, sistemática, ordenada, exacta y precisa y según la normativa aplicable a este fin con el fin de asegurar la disponibilidad de la información que guardan los documentos. Han de usarse técnicas, convencionales o digitales, las cuales se refieren a reglas de clasificación, ordenación y almacenamiento.
El Sistema Nacional de Salud necesita la seguridad de que sus archivos son fiables, que sean accesibles en cualquier momento, una vez superados los métodos de acceso adecuados. Esto es válido para cualquier gestión en un centro, por ejemplo: altas o bajas de pacientes, historias clínicas, en incluso datos necesarios para investigación.
Se ha de tener en cuenta que al referirnos a los archivos de un centro sanitario son muchas las consideraciones a tener en cuenta, se espera que al final de este capítulo se obtenga una idea clara de la estructura básica que han de tener los mencionados archivos.
Palabras clave: investigación, salud, archivo, clases, criterios, acceso

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Enumerar las clases de archivos y algunas de sus características con el fin de ofrecer una visión de los mismos que ayude a distinguirlos. Se realizará una especial mención al Archivo de Gestión.

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

Clases de archivos:

1. Pueden ser públicos o privados, la diferencia radica en su categoría jurídica, es decir en función del organismo que produce el documento y que este organismo sea público o privado. Los documentos públicos están regulados por ley.
2. En función de la administración que genera el documento: Estatal, Autonómica, Local, Judicial y Militar.
3. Según el valor predominante de la documentación pueden ser:
- Administrativos, aquellos que hay en todas las unidades administrativas para ser custodiados en su fase de tramitación o frecuentemente usados para consultas.
- Históricos, en los cuales los documentos se seleccionan por su importancia informativa, histórica y cultural y se archivaran de modo permanente y seguro para uso en el futuro a largo plazo.
4. En función del ciclo vital de los documentos se organizan según el Artículo 8 del Capítulo III del Real Decreto 1708/2011, de 18 de noviembre, por el que se establece el Sistema Español de Archivos y se regula el Sistema de Archivos de la
Administración General del Estado y de sus Organismos Públicos y su régimen de acceso en:
- Archivos de oficina o de gestión. Son los que hay en todas las oficinas que contienen documentos que están tramitándose o son necesarios para su utilización o/y consulta administrativa. Una vez se finaliza el trabajo con ellos serán transferidos al archivo central del departamento correspondiente.
- Archivos generales o centrales de los Ministerios y de los organismos públicos dependientes de los mismos. Son archivos de custodia de documentos una vez que se finaliza el procedimiento que los utiliza.
- Archivo intermedio. Es una institución que cuida los documentos originados en diferentes departamentos ministeriales y sus organismos públicos, cuando han terminado su actividad.
- Archivos históricos. Son las instituciones que realizan la custodia y preservación de los documentos pertenecientes al patrimonio histórico documental español y que sean de carácter relevante por su valor histórico, su importancia o su alcance internacional.
5. En función del ámbito territorial en el que se desarrollan pueden ser: locales, provinciales, regionales y generales.
6. Según la clase de documentos que se obtienen serán: Textuales, Audiovisuales, Cartográficos o Informáticos.
7. Por su modo de acceso se clasifican en Abiertos o Cerrados, según la capacidad o no de seguir recibiendo documentación, de la permanencia o no del organismo que los ha generado. Aunque es difícil hablar de un archivo cerrado, ya que puede

recibir documentos procedentes de transferencias, compras, donaciones, etc.
8. Archivos de gestión: aunque ya se han definido anteriormente, se hace un apartado especial para ellos por su relevancia de uso en el día a día de cualquier centro administrativo, por lo cual y teniendo en cuenta que se han de respetar los plazos fijados durante los procesos de valoración, se hará especial hincapié en que han de cumplir los siguientes cometidos que se describen literalmente al "Real Decreto 1708/2011, de 18 de noviembre, por el que se establece el Sistema Español de Archivos…":
1º - Dar apoyo al cometido administrativo.
2º - Acreditar las actuaciones y actividades de la unidad productora.
3º - Organizar los documentos producidos por sus respectivas unidades.
4º - Transferir los documentos al Archivo central, en la forma y tiempo establecidos en el correspondiente calendario de conservación elaborado de manera conjunta con el Archivo Central, una vez agotado su plazo de permanencia en la unidad productora.
5º - Eliminar los documentos de apoyo informativo antes de la transferencia al archivo central.
Criterios de ordenación del archivo:
El archivo de los documentos Administrativos se rige por el principio de respeto al orden original de los fondos respetando la estructura y clasificación realizada por sus autores y al principio de procedencia por el cual no se han de mezclar los fondos documentales de una persona o de un organismo con otros fondos diferentes.
Bajo la expresión "ordenación" se encuentran dos operaciones fundamentales que aunque a nivel coloquial se utilizan indistintamente, a nivel archivístico son diferentes:
1. Clasificar, establecer grupos diferentes entre sí, dividir los documentos en función de sus clases o grupos con criterios determinados y distintos. Se detallan los tipos de grupos de documentos:
- Fondo Documental: agrupa al total de la documentación respecto de su origen, los fondos son la más grande agrupación de documentos que existe en un archivo, en cualquier formato o soporte.
- Sección: documentos de una división administrativa importante.
- Serie: documentos agrupados según actividades concretas.
- Pieza documental o unidad archivística: agrupación de documentos que tienen un mismo origen, es decir, que tienen una misma función administrativa, mismo uso administrativo o están sometidos al mismo trámite.

2. Ordenar, unir documentos incluyéndolos en una agrupación definida según él un orden dado. Los tipos de ordenación son los siguientes:

- Cronológicamente, se ordenan según el momento de la gestión que los originó. Encontramos tres tipos de ordenación: mediante la fecha, la ordenación cronológica (por fecha, respetando este orden: año, mes, día), la tópica (por lugar donde se origina, este método es inverso al propio orden de los textos de los documentos) o la histórica. Los expedientes se ordenarán según la fecha de resolución de los mismos.
- Alfabéticamente: la Ordenación Alfabética se suele utilizar para expedientes personales o de materias.

Se puede realizar de varios modos: onomástica (por apellidos y nombre), geográfica o topográfica (se suele utilizar para series y documentos referidos a ciudades, barrios o calles), temática.

- Numéricamente, la Ordenación numérica se utiliza para documentos contables, documentos de correspondencia. El orden numérico es cerrado y no permite interpolaciones ni pérdidas.

El derecho de acceso a los documentos administrativos: limitaciones y forma de acceso.

Desde la referencia dada en la Constitución Española de 1978, Título IV, Artículo 105 relativa al acceso y la forma en que los ciudadanos tendrán acceso a los archivos, se han dictado más normas al respecto, el artículo 13 de la Ley 39/2015 reconoce el derecho "Al acceso a la información pública, archivos y registros, de acuerdo con lo previsto en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y el resto del Ordenamiento Jurídico.", esta última regula el acceso y las limitaciones al acceso, es por ello, que el resumen expuesto a continuación se basa en esta ley.

Derecho de acceso a la información pública.

Régimen general.

- Derecho de acceso a la información pública, este derecho afecta a todos los ciudadanos. Esta ley contempla la aplicación de la normativa autonómica si fuera competente.
- Información pública, es aquella documentación en el ejercicio de sus funciones ha sido elaborada por alguno de los sujetos incluidos en el ámbito de aplicación de este título.

5 Discusión-Conclusión

Una gestión segura de los documentos archivados, por métodos convencionales o informáticos, responde siempre a una eficaz y responsable Administración, es por ello que se necesita recibir la formación adecuada y los conocimientos pertinentes para las operaciones fundamentales que son: clasificar y ordenar correctamente dicho archivo.
Para el puesto de Auxiliar Administrativo el conocimiento de la correcta gestión y estructuración del archivo es imprescindible para relacionar los procesos asociados a la información, a los datos de los que son depositarios. El mantenimiento de la documentación al día y conocer que sitio ocupa cada cosa es algo esencial en el Sistema de Salud y tanto en la Administración Pública como en la empresa privada, por este motivo, la misión de archivar y hacerlo bien es un trabajo importantísimo.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1708/2011, de 18 de noviembre, por el que se establece el Sistema Español de Archivos y se regula el Sistema de Archivos de la Administración General del Estado y de sus Organismos Públicos y su régimen de acceso. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-18541.
2. Archivo y documentación sanitarios. Coordinadora: María Cullell Mata, http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=41
https://www.ediciones.grupoaran.com.
3. https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/gestionararchivisticacentro-sanitario.
4. Corriente Sindical de Izquierda CSI Asturias https://csi-asturies.org/.
https://drive.google.com/file/d/1gWCfpiGEZ3ZGtvcpXHuhZOU90BVpoQcm/view.
5. https://www.csif.es/categoria-profesional/nacional/formacion/auxiliares-administrativos.
6. Ciclo de vida de los documentos - El sistema archivístico español, Escrito por Marcos Yebra, Última actualización: 31 Marzo 2021. https://www.normadat.es/noticias/ciclo-de-vida-de-los-documentos-el-sistema-archivistico-espanol
Manual de organización de archivos de gestión. https://biblioteca.unex.es.
› tesis › Manual_organiz.
8. Centros y Servicios del Sistema Nacional de Salud. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccion.htm.

9. UF1 -Gestión de archivos, público y privado. Centro de estudios Jovellanos. https://www.jovellanos.es
› 2019/07 › Tema_01.

Capítulo 579

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES CON CARDIOPATIAS

PALOMA CALERO BLAZQUEZ

MARIA ISABEL EGIDO PARDO

MARTA MARTÍNEZ LARIA

JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE

LETICIA MARTÍN SERRANO

1 Introducción

Un paciente cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son necesarias las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van utilizando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que mejoran el éxito de este tipo de operaciones, facilitan y en parte disminuyen el tiempo de recuperación de los pacientes.
En este capítulo vamos a ver de manera general el tratamiento realizado de un celador de un paciente cardíaco. No nos centraremos en pacientes en concreto ni en un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones u otros tipos. Simplemente, hablaremos de forma general de la labor del celador con un paciente de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador,

su relación con el paciente desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del paciente por el hospital tanto en planta, en quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.
- Explicar de forma detallada el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, su paso por planta, durante la intervención así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del paciente en el hospital. Normalmente, suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o alguna paciente de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del paciente ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria. Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de pacientes suelen realizarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado. Aparte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que realizarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del paciente si se requiere así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.
El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano ira a planta a por el paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas

junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente por si no estuviera preparado para la realización de la intervención.
Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería el celador procederá a colocar la paciente en la mesa de quirófano y le pondrá brazales, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar. El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.
Durante la operación si hubiera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que realizar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).
Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder realizar las funciones que sean necesarias.
Normalmente, al poco tiempo de estabilizar al paciente se le realizará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la realización de la prueba.
El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente.
Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá realizar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan.
Una vez en planta cada día y si el paciente lo necesita el celador deberá ayudar en el aseo del paciente así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.
Aparte de esto, lo normal es que estos pacientes sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.
Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del paciente el celador si hace falta acompañará hasta la salida al paciente o realizará este trayecto en silla de ruedas si el paciente no es válido para andar por su propio pie.

De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario. En este capítulo sobre un paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en quirófano, UCI o los traslados para la realización de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

1. https://www.medijimar.com/realizar-cirugia-cardiovascular/
2. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular

Capítulo 580

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS SOMÁTICAS

PALOMA CALERO BLAZQUEZ

MARIA ISABEL EGIDO PARDO

MARTA MARTÍNEZ LARIA

JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE

LETICIA MARTÍN SERRANO

1 Introducción

La primera función que viene recogida en la Orden del 5 de julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, establece que el celador debe:

• Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos u objetos que les sean confiados por sus superiores. Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se les indique.

Por ello, una de las funciones de los celadores (cabe decir, que no es función de los celadores en todos los centros hospitalarios), es el traslado de muestras biológicas a los correspondientes laboratorios, ya sea al laboratorio de rutinas, de microbiología, de hematología, al servicio de PCR…

La Real Academia de la Lengua Española (RAE), define el término muestra en su segunda acepción como "Parte o porción extraída de un conjunto por métodos que permiten considerarla como representativa de él".

Por otro lado, define el término biológico como "perteneciente o relativo a la biología".
El celador siempre deberá trasladar dichas muestras en unas condiciones adecuadas (dependiendo del tipo de muestra serán unas u otras), y dichas muestras deben ir adjuntas a los volantes de petición o a las hojas de solicitud.
En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis de la conservación de estas muestras biológicas y su transporte.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer el método utilizado para el traslado correcto de muestras biológicas.
Objetivos secundarios:
- Exponer las definiciones de muestra y biológico, establecido por la Real Academia de la Lengua Española.
- Estudiar la conservación de las muestras biológicas.
- Describir el transporte de las muestras biológicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para estar frente a una muestra apta, es necesario que su traslado al laboratorio pertinente sea en un período inferior a una hora desde el momento de su obtención. Si no fuese posible su traslado en el período de tiempo recomendado, estas deberán mantenerse a unas temperaturas de entre 4 y 6 grados. Aunque tanto el tiempo como la temperatura dependerá de la muestra biológica y de sus características.
• Muestra de orina y urocultivo.
La orina de 12 o 24 horas como la de una sola micción, deberá conservarse a 4ºC. C, siendo idóneo ser analizada en las dos horas posteriores a su obtención.

Cuando es necesario un urocultivo, la orina podrá ser refrigerada hasta 24h, afectando a sus características y condiciones cuando el tiempo es superado.

• Muestra de sangre.

Al igual que la muestra de orina, la muestra de sangre deberá realizarse antes de las dos horas posteriores a su obtención. La conservación idónea es a 18-25ºC de temperatura.

Cuando la muestra es plasma o suero, se deberá mantener a 4-6ºC. Si se desea congelar estas muestras, deberá realizarse a – 18ºC.

• Muestra de heces (coprocultivo).

Conservadas a 4-6ºC,siempre que no sean analizadas la media hora posterior a su obtención.

• Muestra de esputos.

Pudiendo ser conservadas durante 2 o 3 horas posteriores a la obtención de la muestra, siempre que se encuentre a 4 -6 ºC.

• Muestra de líquido cefalorraquídeo.

Esta muestra deberá analizarse inmediatamente, ya que en la mayoría de las ocasiones es para descartar una posible meningitis. Si no fuera este el motivo, ser podrá conserva a temperatura ambiente o a 37ºC.

• Muestra de exudados.

La muestra de exudados deberá analizarse inmediatamente o en las 2 o 3 horas posteriores de su obtención, siempre que estas se encuentren a 4- 6 ºC.

• Muestra de contenido gástrico.

Mantener a temperatura ambiente, aunque su análisis deberá realizarse de inmediato para descartar posibles tuberculosis.

• Muestra de líquido seminal.

Mantener a temperatura ambiente y analizarla en las dos horas siguientes a su obtención.

• Muestra de piel, uñas y pelo.

Pueden ser conservadas a temperatura ambiente durante varios días.

• Muestra de gasometría arterial.

Debiendo ser su traslado inmediato al laboratorio, ya que sus valores son alterados de manera veloz.

Transporte de las muestras biológicas.

El transporte dependerá de las características de dichas muestras y de la organización de cada hospital, junto al laboratorio.

Es muy importante que el personal encargado del traslado posea los conocimientos suficientes sobre la materia, para no contaminar las muestras o para que no se echen a perder.

El personal encargado, en este caso el celador, deberá cumplir los siguientes objetivos:
• Identificar las muestras biológicas.
• Asegurar que la muestra lleva su volante de petición.
• Mantener la integridad de las muestras.
• Realizar el transporte en la mayor brevedad posible.
• Cumplir las normas de seguridad y condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos presentan la gran variedad de muestras biológicas que son susceptibles de ser analizadas, descartando o asegurando múltiples diagnósticos clínicos. Las muestras biológicas que son analizas en los diferentes laboratorios de los centros hospitalarios son: orina, heces, esputos, semen, líquido cefalorraquídeo, gasometría arterial, uñas, pelo, piel, contenido gástrico, sangre…
Por otro lado, y como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, el celador encargado del transporte de estas muestras, deberá poseer unos conocimientos básicos sobre el tipo de muestras que trasladará, y la conservación que debe mantener durante su traslado. Siendo muy importante este conocimiento para no contaminar ninguna muestra.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018
2. PARDO, A. PULIDO, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010.

Capítulo 581

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DEPENDIENTES

PALOMA CALERO BLAZQUEZ

MARIA ISABEL EGIDO PARDO

MARTA MARTÍNEZ LARIA

JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE

LETICIA MARTÍN SERRANO

1 Introducción

Para empezar definiremos la falta de capacidad para el desempeño de las tareas diarias por una deficiente función motora o por la falta de independencia en el espacio vital como: inmovilidad. También se diferencian las causas de inmovilidad que afectan a las personas, las dividimos en físicas y psíquicas.
Por todos es sabido que los pacientes dependientes son una de las cargas que más fatiga física y más lesiones causan a los trabajadores, entre los cuales, unos de los más involucrados están son el colectivo de celadores por su continua manipulación de estos pacientes.
A la hora de manipular este tipo de enfermos el esfuerzo puede realizarse de forma directa (colocando o levantando) directamente al paciente o bien empujando o desplazando aparatos o herramientas que se utilizan para este menester. Es imprescindible, que el celador sepa coordinar eficazmente todas las partes de su cuerpo para obtener los mejores resultados causando las menores lesiones

posibles.
Si el celador sabe mantener una mecánica corporal adecuada, será posible prevenir lesiones tanto para el trabajador, como para el paciente, pudiendo aumentar así el bienestar físico de los dos.
Las malas praxis y los sobreesfuerzos suelen ser los causantes de gran número de los accidentes laborales.
Las lesiones en la columna, tanto a nivel lumbar, dorsal, como cervical suelen ser las más frecuentes.

2 Objetivos

Conocer y explicar las funciones de los celadores con los pacientes dependientes que estan ingresados en instituciones sanitarias y su proceso

3 Metodología

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

4 Resultados

Una buena formación del celador siempre contribuye en la manipulación adecuada de las personas inmovilizadas, los celadores que realizan transportes y cambios posturales de este tipo de pacientes actúan basándose en cumplir unas normas básicas.
Mantienen un apoyo amplio y los pies con una separación adecuada que les permita el equilibrio necesario para poder ejercer la fuerza que necesitan para mover este tipo de carga, y que a su vez esta fuerza pueda ser ejercida por los músculos más grandes y fuertes como pueden ser los glúteos y los abdominales.
Siempre antes de movilizar un paciente se recaba información a través de los profesionales sanitarios que están a su cargo, sobre las lesiones que este tiene, si puede existir alguna contraindicación en su movilización, y se presta especial atención a los posibles drenajes, sueros, sondas que el paciente pudiera tener conectados.

No menos importante es la comunicación que se mantiene con dicho paciente para informarle de lo que se va a hacer y los procedimientos que se van a seguir, al mismo tiempo y dentro de sus posibilidades le pedimos que colabore si la situación lo permite.
Hay ocasiones en que a la destreza y la fuerza del celador son insuficientes para llevar a cabo el manejo de este tipo de pacientes, aquí es donde se le puede incorporar la ayuda mecánica, como pueden ser sillas de ruedas y grúas, en otras ocasiones la ayuda puede provenir de una simple sábana que doblada y colocada correctamente y con la colaboración de dos personas hace que la manipulación de un paciente que no colabora sea mucho más cómoda tanto para el paciente, como para los trabajadores, cabe destacar la importancia que tienen los distintos tipos de camas, que actualmente están preparadas tanto para favorecer la comodidad del paciente como el esfuerzo de los trabajadores.
La movilización de estos pacientes puede ser: pasiva: cuando el paciente se encuentra en cama, parálisis, anestesia, etc. Con lo cual no nos aportan ningún tipo de colaboración.
También puede ser activa, en este caso, siempre debemos informar al paciente del tipo de movimiento que vamos a realizar y pedirle su colaboración, dentro de sus posibilidades, debemos orientarle y animarle para que no se sienta más enfermo de lo que realmente pudiera estar.

5 Discusión-Conclusión

Cuando movilizamos un paciente dependiente puede ser para trasladarlo, pero, la mayor parte de las ocasiones se hace para aliviar las zonas de presión del enfermo, y para realizar una correcta higiene de su cuerpo.
En ocasiones este trabajo puede resultar bastante duro, por eso a la hora de realizarlo debemos tener en cuenta tanto el número de personas que deben intervenir como el tipo de procedimiento que se debe utilizar para realizar dicha tarea.
A la hora de manipular una carga manualmente, debemos tener en cuenta que cualquier peso superior a 3 kilogramos puede entrañar un riesgo potencial si las condiciones ergonómicas son desfavorables, tanto por emplear posturas inadecuadas como, por las propias condiciones ambientales del lugar, si estas son contraproducentes.

6 Bibliografía

1. Unidad de pacientes PLURIPATOLÓGICOS estándares y recomendaciones, informes, estudios e investigación 2009, Ministerio de Sanidad y Política Social.
2. Protocolo de prevención y cuidados de las upp, 2006, OSAKIDETZA Gobierno Vasco

Capítulo 582

CÓMO MEJORAR LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS DE FORMA ESCRITA O VERBAL

VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ

MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME

RAQUEL VELASCO MAÑAS

ELENA SÁNCHEZ CANO

MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO

1 Introducción

En la vida como en el trabajo, para que todas funciones adecuadamente, necesitamos un proceso de comunicación. Mediante esta nosotros podemos trasmitir a la persona con la que queremos hablar nuestra intención. Estas comunicaciones se pueden hacer tanto de manera escrita, como oral, incluso a través de simples gestos podemos deducir lo que necesita la otra persona.
El auxiliar administrativo es la primera persona de cara al público que te encuentras en el centro de salud, en un hospital, o en servicio de urgencias. El paciente al llegar al centro de salud puede pedirnos ayuda en tramitar una queja, ya sea de forma escrita o verbal, pero no es la persona encargada de dar respuesta. Debe

actuar informando al paciente sobres los derechos y su forma de plasmarlos en el documento que debe de rellenar (en el caso de que sea por el medio escrito) e informar de forma clara y concisa con las palabras adecuadas para poder intentar solucionar las queja sin necesidad de poner una hoja de reclamaciones.
Cabe destacar la definición de queja y sugerencia para que quede claro diferenciar entre las dos:
Queja: El paciente u usuario manifiesta su insatisfacción en relación al grado de cumplimiento y observación de sus derechos y deberes, del funcionamiento de un centro, o servicio prestado, buscando una mejora para poder subsanar su requerimiento.
Sugerencia: Es una propuesta en la que el paciente sugiere al centro, el cambio de diferentes propuestas, con el fin de mejorar el servicio al usuario
En España son las comunidades Autónomas las encargadas las que tienen las competencias para ello y voy a hablar de ello con la legislación del Sescam de la Junta de comunidades de castilla la mancha.

2 Objetivos

• Exponer de forma adecuada los procedimientos de tramitación de quejas de forma escrita y resolución de ellas de forma oral sin llegar a poner hoja de reclamaciones.
• Explicar los procedimientos adecuados que se llevan a cabo mediante la legislación y procedimientos adecuados de la comunidad autónoma de castilla la mancha y de esa manera proponer alguna mejora para que todo funcione mejor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se entiende por queja una mera comunicación de los usuarios de su insatisfacción por el funcionamiento de la prestación, servicios sanitarios, cuidado y atención

de los enfermos. Pueden ser tratados de requerimientos de una naturaleza sanitaria o asistencial o no asistencial, como pueden acceder físicas, condiciones de los lugares de trabajo, etc., se acompañará de una demanda concreta cuando dicha comunicación sobre cualquiera de las características mencionadas se considera reclamación y se deberá cursar ese trámite.
Todas las personas que residen en castilla la mancha pueden cursar sus derechos y deberes mediante su identificación. En esa identificación deberá contar nombre y apellidos, dirección, código postal y el motivo de la reclamación.
Se pueden presentar en el registro correspondiente de cualquier organismo público o en el mismo centro de salud. El paciente o usuario también podría ver el estado de su reclamación a través de internet

Cuando un paciente va un centro de salud, quiere que sea atendido lo más rápido que pueda, muchas veces, no se da cuenta de que el sistema está colapsado, ya sea por falta de profesionales en ese momento, o por urgencias más graves que en ese momento deben de ser atendidas con más celeridad. Un ejemplo del modo de actuación en el centro salud, para intentar poner en práctica lo aprendido: Los auxiliares administrativos somos la primera cara visible en el centro de salud y los pacientes, nos intentan explicar su situación, podemos aconsejar a los pacientes que nos hagan sus sugerencias para poder mejorar ese servicio. Si el usuario si tiene una queja por la demora de una cita, ya que su cuadro clínico requiere que esa prueba sea realizada con celeridad y nosotros los administrativos no dispones de citas suficientes para poder darle, le aconsejamos que llamen a atención al paciente, facilitándoles el número de teléfono y ellos si disponen de un amplio abanico para poder gestionar esa queja o sugerencia, si después de todos esto la reclamación no fuera suficiente podemos darles el impreso de queja. Este impreso consta de tres ejemplares. Un ejemplar se manda por correo interno para llegar la queja, otro es para el paciente y el restante lo archivamos en el centro
La legislación vigente de castilla la mancha tanto de la comunidad autónoma como en la rama sanitaria, tenemos una serie de leyes junto a las estatales que nos ayudan a comprender la manera en que esa reclamación se resuelve y de esa manera, aunque nosotros no le podemos dar una respuesta, ya que solo es la administración la que va a contestar al paciente. Entre esas leyes tenemos el estatuto de autonomía que es norma básica de la comunidad en la cual tenemos las competencias adecuadas para poder realizar los trámites, también de apoyo tenemos el estatuto marco y Orden de 29/01/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de modificación de la Orden de 20/02/2003, de la Consejería de Sanidad, de las sugerencias, reclamaciones, quejas e iniciativas acerca del funcionamiento

de los servicios, de los centros, establecimientos y servicios del Sescam.
En esta última ley podemos destacar que las reclamaciones, quejas y sugerencias son atendidas por el director gerente de atención primaria o especializada de la gerencia a que corresponda.

5 Discusión-Conclusión

Revisada la bibliografía relacionada, sobre todo en cuanto a legislación, podemos comprender mejor el procedimiento y la forma de actuar, dando una visión práctica y teórica, en este caso al derecho de interponer una queja o sugerencia ante la Administración Sanitaria, en el caso que nos concreta al Servio de salud de castilla la mancha. Con esta información obtenida y aprendida de las normas se entiende que estamos más cualificados para dar una correcta información al paciente, de la manera más profesional y humana. También estamos abiertos a un margen de mejora para poder hacer un Servicio sanitario eficiente y mejor para todos los usuarios.

6 Bibliografía

1. Ley 39/2015 de 1 de octubre Ley del procedimiento administrativo común.
2. Orden de 29/01/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de modificación de la Orden de 20/02/2003.
3. Articulo de internet: de la revista medica Ocronos.El Auxiliar Administrativo. Quejas y sugerencias - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).
4. Pagina de internet de RECLAMACIONES Y QUEJAS RELATIVAS AL SESCAM | Sede Electrónica (jccm.es).

Capítulo 583

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PAPEL DE URGENCIAS PARA LA MEJORA Y CITACIÓN DE PACIENTE EN LA PRIMERA VISITA SEGÚN EL NIVEL DE GRAVEDAD DEL PACIENTE

VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ

RAQUEL VELASCO MAÑAS

MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO

MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME

ELENA SÁNCHEZ CANO

1 Introducción

El Servicio de urgencias es un departamento de un hospital encargado de la atención primaria y realiza laborales asistenciales mediante todo tipo de tratamientos, para poder tratar enfermedad y lesiones, que requieren un tratamiento inmediato y puede peligrar la vida del paciente.
El Auxiliar administrativo, también juega un papel muy importante en el servicio de urgencias. No pertenece al personal sanitario, pero es la primera persona, con la que nos encontramos cuando llegamos al servicio de urgencias.

El Servicio de Admisión es la zona del hospital, donde está el Auxiliar Administrativo, allí nos pedirá la tarjeta médica y le explicaremos lo que nos ocurre.
Depende del tipo de urgencia, de las cuales hablaremos a lo largo de esta investigación, nos llevaran a unas salas que se llaman box, Estas salas sirven para clasificar el grado de urgencia del paciente.
Los servicios de urgencia de la mayoría de los hospitales realizan su servicio durante todo el día, aunque los niveles de dotación de personal se intentan ajustar al volumen de pacientes.
A ningún paciente se le puede negar la asistencia en urgencias y por eso en algunos países, los servicios de urgencias se han convertido en importantes puntos de entrada para los que carecen de otros medios de para acceder a la atención médica.
En el sector sanitario, como en cualquier otro desde siempre, ha sido fundamental la figura del auxiliar administrativo, como su nombre indica auxilia, es decir, sirve de ayuda y hace de nexo de unión entre los profesionales y los pacientes. Es la primera figura que nos encontramos cuando entramos en el centro de salud o en el servicio de urgencias.

2 Objetivos

• El principal objetivo es hacer que el paciente se sienta más tranquilo, disminuyendo su nivel estrés, siendo afines con el paciente y, logrando un mayor factor humano, el trato.
• Intentar ser más efectivos a la hora de atender al paciente, de esta manera, lograremos facilitar a los especialistas médicos su clasificación, haciéndole en la ficha del paciente el tipo de dolencia para poder solventar rápidamente.
• El lenguaje verbal y no verbal podría solucionar algunas de las soluciones incómodas que podrían darse debido a la situación incómoda provocada por el estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La Atención al público es una de las funciones que hace el Auxiliar Administrativo en un Hospital, esta debe de hacerse de manera rápida, eficiente y segura y esta debe de ser adaptada a las necesidades del paciente tanto en la atención de forma física en el servicio de admisión de urgencias hospitalarias, como la atención por vía telefónica

Para ello, el Auxiliar Administrativo en relación con la atención al paciente y para mejorar la primera visita debe de un comportamiento agradable y ejemplar y eficaz para la realización de la tarea.

La Realización de las tareas por parte del Auxiliar Administrativo debe de hacer su trabajo en colaboración con el equipo sanitario, porque hace de nexo común entre el paciente y el equipo de profesionales de la rama sanitaria.

Los auxiliares administración deben de plasmar en los equipos informáticos, la información clara y veraz y hacerle una ficha al paciente. De esa manera se priorizará el orden de atención, según el tipo de urgencia. Los tipos de urgencia pueden ser de varios tipos: Leve, mediana, severa y extrema. La atención leve es aquella que no necesita una atención inmediata, la mediana es aquella que requiere una atención preferente y la severa y extrema, es cuando es una urgencia vital y requiere una atención inmediata. Otra manera de clasificar la urgencia seria de nivel 4 al 1, siendo 4 la menos riego y 1 la de mayor.

Un caso práctico sería una persona que llega a urgencia bajo su propio pie, alegando que tiene una molestia en el hombro. En ese caso el auxiliar administrativo le tomaría nota y será llamado al box de triaje para determinar el tipo de urgencia si es leve, media. Sin embargo, si una persona entra en ambulancia, porque han llamado previamente al 112 o simplemente llega al centro porque ha tenido el accidente, esa persona pasaría directamente al box para ser atendida y seria atención severa o extrema. En ese caso, el auxiliar administrativo tendría que pedirle los datos al acompañante, mientras lo pasan al box.

El tratamiento de la información de la información por de los auxiliares administrativos utilizando medios informáticos para que la información que disponible siempre de la forma más eficiente.

Ellos deben de custodiar en secreto aquellas informaciones, que conocen por ser su trabajo tengan la obligación de conocer.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del Auxiliar administrativo en el servicio de urgencias es fundamental. Es el nexo de unión entre el personal sanitario y el paciente y juega una importante baza en la atención al paciente en la primera visita, pus ya que gracias a él, puede identificar la gravedad del asunto para que pueda ser atendido más rápidamente por el equipo de atención primaria. También puede decir al acompañante del paciente en que sala se encuentra y guiarlo.
El auxiliar administrativo también puede ayudar en lo medida de lo posible a que el servicio de urgencia se sature, guiando a los pacientes en el servicio asistencial. También puede servir de ayuda a los pacientes que se sienten angustiados y con un nivel de estrés. Mediante un buen diálogo y empatizando con él, de manera que esté lo más tranquilo posible hasta ser atendido.
El lenguaje, verbal y no verbal, podía ser una herramienta fundamental para la interacción con el paciente en el momento de la llegada al servicio de admisión.
Por lo tanto podemos tomar como conclusión que el trabajo de auxiliar administrativo es esencial, su capacidad de resolución y la interacción entre el paciente y el equipo médico hace más fácil y efectiva su resolución, sobre todo en la primera visita, porque va a ayudar a que esa persona si le pasa algo grave sea atendida con más celeridad que otras con dolencias menores y de esa manera llegar a tiempo y salvarle la vida.

6 Bibliografía

Para la elaboración de este artículo he obtenido los datos a través de Internet, en bases de datos como Google y en las leyes de legislación sanitaria que nos atañe. También he revisado páginas como:
1. Ley general de sanidad 14/1986 de 15 de abril
2. Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.55/2003 de 16 de diciembre
3. Auxiliar administrativo en un hospital: Funciones, perfil y salario - Vacantes (trabajosinexperiencia.net)
4. Auxiliares Administrativos y su trabajo en el Hospital - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 584

LA EFICACIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SI SE TRABAJA CON UNA O DOS PANTALLAS EN EL ORDENADOR DE SU PUESTO DE TRABAJO

VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ

RAQUEL VELASCO MAÑAS

MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO

MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME

ELENA SÁNCHEZ CANO

1 Introducción

El Auxiliar Administrativo, ya sea en el ámbito de sanidad como en cualquier otro, es la figura con la que tomamos el primer contacto y es la cual nos facilita, la información que necesitamos y depende del departamento en el que se encuentre, pues nos puede hace un contrato una nómina y darnos una cita para el médico de atención primaria o alguna prueba para especializada. Es tal el volumen de trabajo que se le puede llegar a plantear que para realizar tales tareas juego un importante papel la organización.

Una de las herramientas principales es el ordenador. El monitor del ordenador a veces resulta pequeño para visualizar todo lo que sería necesario mostrar. Son tantas las aplicaciones que tenemos que tener abiertas a la vez, que sería muy efectivo y útil tener varias pantallas cada una con una aplicación o incluso con varias a la vez.
También mejoraría la postura, ya que así no tendríamos la vista fijada siempre al mismo lado.
En este capítulo se tratará de la eficacia del auxiliar administrativo de trabajar con una o dos pantallas en los centros de trabajo y las posibilidades que te brinda la tecnología para trabajar de manera más eficiente, ser más efectivo y por consiguiente tener menos errores y rapidez.

2 Objetivos

• Dar a conocer el adecuado uso de los monitores y su manejo y su interacción para lograr una mayor productividad.
• Explicar todas aquellas características que nos puedan resultar útil en el trabajo del auxiliar administrativo y que acapararlos al manejo de una o múltiples pantallas, para lograr una mayor productividad.
• Mantener un lugar ordenado, organizado y estructurado para evitar cansancio que afecte a la productividad.

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

Según diferentes estudios, se ha comprobado que el uso de varias pantallas aumenta la productividad.
El aumento de la productividad al utilizar dos monitores dependerá de la forma de utilización de dicho montaje, que mejore la experiencia con el paciente en el

centro de salud y que se prologue su utilización en el tiempo. El auxiliar administrativo en el centro de salud trabaja cantidad de horas en un ordenador, ese tiempo empleado conforme va pasando las horas, va perdiendo efectividad.
El incremento de la productividad al ejecutar tareas ofimáticas o cualquier tarea en un centro de trabajo utilizando dos pantallas. Si es una pantalla de mayor tamaño, es útil que sea más grande, pero no superior a 24 pulgadas. Lo ideal serian dos pantallas 24 pulgadas.
Por eso sería aconsejable en el centro de salud el uso de al menos dos pantallas, ya que podríamos tener diversos programas abiertos al mismo tiempo, eso daría más rapidez a la persona que trabaja.
También en forzar menos la vista y el cuello. También permitirá tener un espacio de trabajo más organizado.
También sería adecuado la altura que tengamos la pantalla y la distancia, que dependerá del tamaño dela pantalla. Normalmente, una pantalla de 24 pulgadas y 1080p se suele mantener una distancia entre 60 a 90 cm.
Redunda en un considerable aumento de la productividad en el puesto de trabajo el poder trabajar con dos monitores.
• Es mucho más rápido el flujo del trabajo con dos monitores.
• Al tener dos monitores evita perder el tiempo al no estar cambiando de ventana continuamente.
• Nos podemos concentras más al tener todo más organizado,
• Como podemos distribuir el trabajo y las ventanas entre los dos monitores, de esa manera eliminamos el estrés.
• Podemos copiar de un monitor en el que tenemos abierto un programa a otro, más rápidamente.
• Al no tener que imprimir cada documento, al tenerlo en la otra pantalla, no ahora costes de impresión
• Se notan desde el primer día los beneficios en la gestión de ventanas y aplicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El uso que nos brindan las nuevas tecnologías y la posibilidad de adaptarlas a nuestro puesto de trabajo juegan un papel muy importante.
La gran cantidad de horas que permanecemos sentados frente a una pantalla, hace que se nos canse la vista. Por eso mantener un espacio de trabajo bien distribuido en el cual podemos repartir la carga de trabajo es fundamental

En este caso el uso dos pantallas es bastante mejor que solo una. Al usar una sola pantalla, tenemos acumulación de ventanas que nos entorpece el trabajo. Al cambiar de aplicación perdemos tiempo. Por lo tanto para el trabajo de auxiliar administrativo en el centro de trabajo se recomienda el uso de al menos dos pantallas, como hemos citado antes en los siguientes apartados del siguiente artículo. El uso de estas nos hace tener más productividad, evitar que se tenga que imprimir y gastar menos tinta, copiar documentos de uno a otro, una gestión de ventanas y tareas. También ganamos en salud y concentración.
Por ello, por el siguiente estudio, vemos fundamental, pantallas en nuestro entorno laboral.

6 Bibliografía

Para la elaboración de este artículo he obtenido los datos a través de Internet, en bases de datos como Google y en las leyes de legislación sanitaria que nos atañe. También he revisado páginas como:
1. Articulo de internet de la editorial científica Ocronos: ▷ El impacto de las pantallas de visualización en el trabajo de Auxiliar Administrativo - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com). Año 2020
2. Articulo de internet: Como trabajar con dos monitores a la vez. | Imagen digital (gusgsm.com).
3. Articulo de internet Equipos Informáticos: Las ventajas de tener 2 monitores (aratecnia.es) 18 Febrero 2022

Capítulo 585

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ORGANIZACIÓN DE LAS AGENDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANGEL VILLENA BLEDA

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES

MILAGROS RESA RODRÍGUEZ

CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ

1 Introducción

La elaboración de agendas en el Hospital Público constituye un instrumento fundamental para el registro, ordenación y despacho de citas del paciente, previa instrucción del profesional médico.
Dicha elaboración o confección es llevada a cabo por el auxiliar administrativo, a cargo de la gestión de agendas, siendo una función especializada y una de las tareas más compleja de la atención sanitaria.
Requiere de una alta concentración, formación y entendimiento del programa, todo ello conllevará mejoras en las tareas sanitarias y administrativas e influirá de manera directa en la satisfacción del paciente. Esta tarea es el nexo de unión entre médico y paciente, ya que de ella depende el buen funcionamiento a nivel de citaciones del Hospital Público.

Se trata de una labor de trabajo en equipo entre médico especialista y auxiliar administrativo, en la que este, tras las órdenes del médico, confecciona la agenda conforme a las necesidades médicas.
El trabajo del auxiliar administrativo se realizará con diligencia, prontitud y máxima exactitud, ya que de ello dependerá el buen funcionamiento de las citas hospitalarias; una labor de suma importancia para el médico y demás personal sanitario que trabaja junto a él, ya que influirá sobremanera en la planificación del trabajo diario.
Cualquier fallo o error en su elaboración supone un perjuicio para médico y paciente, por lo que requiere de una previa revisión para que cumpla su finalidad correctamente.

2 Objetivos

Mostrar e indicar una de las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de agendas en los hospitales públicos y la organización de pacientes

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Tras recibir la orden del médico especialista, el auxiliar administrativo comienza la confección de la agenda de acuerdo con las instrucciones recibidas: hora de inicio, duración de las citas, descansos, hora de fin, etc.
La estructura y diseño de las agendas es variable y modificable en cualquier momento, a instancia siempre del médico especialista y según sus instrucciones y órdenes al respecto.
Las agendas pueden ser idénticas, parecidas o totalmente distintas dentro de las diversas especialidades médicas. Todas ellas gozan de unas similitudes comunes, como son:

-Citas preferentes: Son huecos reservados para citar al paciente en caso de que el médico que emita el volante lo considere oportuno, valorando la urgencia que presente el paciente en cada caso.
-Consultas primeras: Son aquellas que requieren de un tiempo de consulta mayor que el de las sucesivas, porque es donde se lleva a cabo la primera visita del paciente y el médico tiene que recopilar información para la valoración y buen fin de la consulta.
-Consultas sucesivas: Son aquellas consultas que requieren de un menor tiempo porque suelen ser visitas del paciente para control y seguimiento.
-Consultas telefónicas: Fueron de gran ayuda durante la pandemia del Covid-19, tendiendo a desaparecer de las agendas de los médicos especialistas dentro del Hospital.
Dependiendo del servicio, tanto citaciones del hospital como el auxiliar administrativo en Atención Primaria son los encargados de la inclusión de pacientes en las mencionadas agendas.
Una vez incluido el paciente en la agenda, el siguiente paso sería imprimir la cita, enviarla vía postal y notificarla al paciente.
En caso de que no diera tiempo a llegar por carta, se notificaría al paciente por teléfono directamente.
También es cometido del auxiliar administrativo en gestión de agendas, abrir días concretos y el cierre o bloqueo de determinados días por diversas circunstancias, como por ejemplo podrían ser: baja del médico, asistencia a cursos o congresos, días de libre disposición…
En estos casos, se efectúa una reprogramación informática consistente en volver a asignar nueva cita al paciente y su posterior notificación.

5 Discusión-Conclusión

La tarea del auxiliar administrativo, a cargo de la gestión de agendas, es un importante eslabón entre médicos profesionales dentro del Hospital y pacientes, ya que constituye el instrumento a través del cual se lleva a cabo la planificación diaria de trabajo. Puede conceder o limitar los permisos necesarios para que enfermeras o auxiliares de enfermería puedan dar o anular citas dependiendo de su
área de trabajo, así como citaciones sobrecupo.
Una buena comunicación y disposición entre ambas partes, junto con el buen manejo del programa informático por parte del auxiliar administrativo, constituyen pilares básicos en la tarea de elaboración de agendas, siendo determinantes

para la satisfactoria calidad en los resultados finales de la asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. Ley 8/2000 de 30 de Noviembre de Ordenación Sanitaria en Castilla la Mancha.
2. Ley 5/2010 de 24 de Junio sobre Derechos y Deberes en materia de salud de Castilla la Mancha.
3. Ley 33/2011 de 4 de Octubre, General de Salud Pública.

Capítulo 586

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PARTE DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE LOS HOSPITALES

ANGEL VILLENA BLEDA

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES

MILAGROS RESA RODRÍGUEZ

CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ

1 Introducción

El servicio de Atención al Paciente, ubicado en Hospitales, es un área cuya misión principal se centra en velar por los derechos y deberes de los usuarios-pacientes, mejorar la calidad asistencial mediante reclamaciones y sugerencias formuladas por el paciente, así como proporcionar la información y ayuda necesarias en todo lo que precisen.
Normalmente, el servicio de Atención al Paciente se encuentra en el organigrama dependiendo directamente del Área de Gerencia y Dirección.
El auxiliar administrativo en este servicio atenderá e informará directamente al paciente, a sus familiares o acompañantes. Dicha atención podrá ser tanto personal como telefónica. Proporcionará al usuario información y ayuda acerca de

las vías más adecuadas e idóneas para formular quejas, reclamaciones y sugerencias, velando siempre por el bien del paciente y de la administración sanitaria.
El auxiliar administrativo desarrolla una función de suma importancia en el puesto de Atención al Paciente, ya que es el catalizador o nexo de unión entre el usuario o reclamante y la dirección sanitaria a quien corresponde llevar a cabo las medidas procedentes en cada caso.
En los centros sanitarios y en el servicio de atención al paciente, el auxiliar administrativo facilitará los modelos de reclamación necesarios, asesorará, informará y ayudará a tramitar las solicitudes de la forma más eficiente posible.

2 Objetivos

Explicar la labor del auxiliar administrativo en el puesto de Atención al Paciente, informando sobre el procedimiento para la interposición de quejas, sugerencias y reclamaciones, resaltando las habilidades y capacidad resolutiva del auxiliar administrativo en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente.
Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Scielo y Medline, así como Google académico, todos ellos artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las tareas fundamentales del auxiliar administrativo en el servicio de Atención al Paciente es conseguir la calidad asistencial en la prestación de los servicios sanitarios. Para ello, se ponen a disposición del usuario formulario para llevar a cabo sugerencias, quejas y reclamaciones.
Este trabajo del auxiliar administrativo contribuirá en gran medida para que la administración sanitaria pueda resolver estos procedimientos y contribuir así para lograr unos centros sanitarios más modernos, con menos deficiencias y más sostenibles en su caso.

La actitud del auxiliar administrativo deberá ser conciliadora y mediadora, limitándose a orientar al paciente o usuario para interponer la sugerencia o reclamación, sin entrar en juicios de valor, sin obviar que ha de ser lo más resolutivo posible.
En los casos en que el paciente se dirige para interponer una reclamación administrativa, es normal que su actitud sea de crispación o intranquilidad, en estos casos, el auxiliar administrativo debe actuar con una actitud que provoque la tranquilidad del reclamante, para que este se muestre más relajado y hacer así que se sienta escuchado y atendido.
El auxiliar administrativo, además de la atención personal en estos trámites, intentará hacer lo propio con la asistencia telefónica: comunicará de forma taxativa y correcta los mensajes, el lenguaje deberá ser lo más sencillo y entendible posible, de manera que no provoque malos entendidos y no haya lugar a la ambigüedad o abstracción de contenidos.
Es importante la información que se de al paciente desde este departamento sobre listas de espera quirúrgicas, consultas o falta de personal. Estos han sido algunos de los problemas que más ha sufrido la administración sanitaria, debido a la aparición de la pandemia por Covid-19, que ha marcado un antes y un después en los centros sanitarios y hospitales.

5 Discusión-Conclusión

Desde el servicio de Atención al Paciente, el auxiliar administrativo ayuda directamente a detectar los problemas en los centros sanitarios y hospitales y su consiguiente solución. Informará de manera clara y sencilla sobre el procedimiento a seguir para formular quejas, sugerencias y reclamaciones, las cuales contribuirán al buen y mejor funcionamiento de los centros sanitarios, redundando así en el bienestar sanitario de profesionales y pacientes.
Para toda esta labor de atención al paciente es primordial la formación continuada del auxiliar administrativo. La administración sanitaria será la encargada de su formación en todas aquellas materias que puedan hacer que esta labor se desarrolle cada día de manera más profesional.
El auxiliar administrativo presentará una actitud positiva frente al usuario para que la comunicación fructifique y se ofrezca la ayuda solicitada.

6 Bibliografía

1. Orden 20/2003 de la Consejería de Sanidad de las reclamaciones, quejas y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla la Mancha.
2. Orden de 29/01 2013 de modificación de la orden 20/02/2003 Castilla la Mancha.

Capítulo 587

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USO DEL SISTEMA OMI

ANGEL VILLENA BLEDA

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES

MILAGROS RESA RODRÍGUEZ

CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ

1 Introducción

La receta médica electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, que posteriormente pueden ser dispensados.
El auxiliar administrativo como trabajador necesita conocer una serie de programas, y además manejar a la perfección la utilización, la receta electrónica, ya que los pacientes acuden muchas veces con dudas que el encargado de poder responderlas es el auxiliar administrativo, también para solventar diversos problemas que puedan surgir a la hora de manejar datos de usuarios.
El Sistema Nacional de salud estableció la Receta Electrónica (RE) con la finalidad de que los pacientes pudieran acudir a cualquier farmacia del territorio nacional para que les dispensaran los medicamentos prescritos por el médico, estos se realizan de manera electrónica. Aunque se encuentren desplazados en una co-

munidad autónoma o ciudad que no sea la suya, habitualmente se puede recoger cualquier medicación.
La regulación de la receta electrónica tuvo su comienzo en el año 2003, pero no fue hasta el 2015 cuando su uso se extendió a todas las Comunidades Autónomas. Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, la implantación de la receta electrónica está implantada en todos los centros de salud y en las oficinas de farmacia.
El auxiliar administrativo como principal trabajador hospitalario mantiene un trato directo con los usuarios y debe responder a diversas dudas, no solo las referentes a citaciones médicas, historia clínica, vacunación, etc., sino que además deber saber el manejo y utilización del sistema OMI y conocer la receta médica electrónica.

2 Objetivos

Conocer y explicar el funcionamiento de la receta electrónica y como funciona el sistema OMI por parte del auxiliar administrativo.

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 base de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para acceder a la receta electrónica, el usuario debe ser beneficiario de la seguridad social. A cada titular y beneficiario asegurado a través de regímenes especiales se le hará entrega de una tarjeta sanitaria con las características de estos regímenes de aseguramiento, además deberán tener soporte informático, así como un código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud.
Desde la aparición del Covid-19, y todos los cambios que ha conllevado: consultas telefónicas, reducción de consultas presenciales, restricción de movilidad, distanciamiento social, etc., los pacientes que son crónicos pueden retirar su medicación de las farmacias presentando la tarjeta sanitaria individual. Sin necesidad

de recoger la Receta Electrónica en papel en el centro de atención primaria o consultorio o consulta especializada. La receta electrónica se trata de un sistema de información que es personal e intransferible, el cual permite el control y dispensación de los medicamentos y los productos sanitarios.
La Receta Electrónica indica en la parte superior, nombre del paciente y del facultativo y número de orden que es único por Receta Electrónica y que se modifica en cada ocasión de un facultativo, hace cambios en la Hoja de tratamiento.
Además tienen validez por un año, durante el cual no caducan.
Funciona gracias al programa informático que interconecta las farmacias a nivel nacional y donde la prescripción médica de los medicamentos del paciente quedan grabadas en este mismo sistema, llamado OMI, así el paciente con solo mostrar su tarjeta sanitaria en cualquier farmacia nacional, recibe el medicamento.
Para la activación de la receta electrónica en el sistema OMI existe un periodo de 10 días desde la prescripción médica. Si el paciente no lo hace en esos 10 días, la receta no se activará y tendrá que volver a su médico para su reactivación.
Cuando el farmacéutico sustituya un medicamento de la receta electrónica, deberá dejar constancia de este cambio que quedara reflejado el código del medicamento dispensado.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo actúa como colaborador sirviendo de unión entre paciente, sanidad y farmacias, el uso racional de medicamentos por parte de los pacientes es una de las principales ventajas que ha tenido el uso de este sistema.
La receta electrónica es un documento que permite al facultativo que les corresponde la prescripción de medicamentos a sus pacientes. El paciente no tiene que frecuentar la consulta del médico y colapsar la sala de espera. Para el paciente es mucho más cómodo retirar la medicación con la tarjeta sanitaria y el número de orden.
A través del sistema OMI se pretende reducir uno de los principales problemas sanitarios que es el excesivo gasto farmacéutico, intentando también controlarlo.

6 Bibliografía

1. Ley 29/2006 de 26 de julio Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. https://scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201909070/
www.google.es.

Capítulo 588

EL PINCHE DE COCINA Y LA UTILIZACIÓN DE LA CARNE DE MANERA ADECUADA EN LOS MENÚS HOSPITALARIOS

MÓNICA MARTÍN APARICIO

MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO

MARIO ORTEGA LAIN

CELIA DIANA CRUZ GALLEGO

ADOLFO AVILA GUALDAMEZ

1 Introducción

El CAE (Código Alimentario Español) define la carne como el tejido del músculo de mamíferos y aves, al que le acompaña también, tejido conjuntivo, adiposo e incluso óseo.
Esta definición,resume, todas las partes de los animales mamíferos o aves que podemos aprovechar para comer y que nos proporciona unos valores nutricionales.
Podemos diferenciar entre:
- Animales de matadero como el buey, el cordero, la ternera y la cabra.
- Animales de granja como pollo, pavo o el conejo.

- Carnes de caza como la perdiz, liebre y jabalí, entre otros.

No solo se consume lo anteriormente descrito, sino también, las vísceras (riñón, corazón, pulmones, etc.)

La OMS (La Organización Mundial de la Salud) clasifica las carnes animales en rojas y blancas. Esto se debe a la cantidad de mioglobina (proteína que se encuentra en los músculos y en la que se almacena el hierro) que posee cada una. Las rojas tienen más que las blancas.

Científicamente, las carnes rojas tienen un mayor número de compuestos que pueden ser perjudiciales para nuestra salud como los compuestos N-nitrosos, hidrocarburos aromáticos, etc. Estas sustancias suelen aparecer durante la cocción de estas carnes rojas como la de la vaca, por ejemplo.

Las carnes rojas son por ejemplo, cabra, cordero, caballo, incluso la de cerdo, que a pesar de tener un aspecto más blanquecino, posee una cantidad considerable de mioglobina. También, se incluyen las aves como la perdiz, el faisán o el pato.

Las carnes blancas son el pollo, pavo y el conejo.

En este capítulo, vamos a hablar de la composición nutricional tanto a nivel de micro y macronutrientes de las carnes, para poder conocer cómo y en cuanta medida deben utilizarse en un menú semanal de una dieta hospitalaria:

2 Objetivos

Conocer la composición nutricional (micronutrientes y macronutrientes) de la carne.

Identificar el uso adecuado y recomendable de la carne en las dietas de los hospitales.

Comprender la actuación del pinche de cocina en este proceso.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, hablaremos de la composición de la carne, tal y como veníamos anunciando en apartados anteriores:
Se puede resumir, que de una manera general, las carnes aportan entre 15-20% de proteínas (esta proteína que proporcionan es considerada de alto valor biológico), un 20% de grasas, la mayoría, son saturadas, y el nivel de agua fluctúa más, oscilando entre el 50 y el 80%.
Cuando hablamos de alto nivel biológico nos referimos a que aportan todos los aminoácidos esenciales.
Pero aquellas dietas basadas tan solo en carnes están muy alejadas de considerarse una dieta sana y equilibrada.
- Lípidos: La grasa presente en la carne es predominantemente saturada (ácido palmítico y esteárico, láurico, mirístico y aráquico). Dentro de los insaturados el más común es el ácido oleico. Las vísceras contienen un alto valor en colesterol.
- Proteínas: El tejido muscular que es donde se encuentran dichas proteínas de tal valor biológico están formados por actina y miosina. También, colágeno y elastina.
- Minerales: Tienen una importante fuente de Zinc y hierro. Un buen ejemplo son los callos que destacan por su importante fuente de calcio.
- Vitaminas: Destacan las vitaminas del grupo B, sobre todo la B12. Sin embargo, la vitamina C a pensar se encuentra presente en este alimento.
- Agua: A pesar de que fluctúa mucho, es el componente mayoritario. Todo depende la alimentación y vida del animal antes del sacrificio.

También, dentro de esta clasificación debemos destacar la de las vísceras, donde las vísceras blancas tienen un importante aporte de colesterol y grasas saturadas. Las purinas también se encuentra en mayor porcentaje las purinas, sobre todo en el hígado. Por ejemplo, si la dieta va destinada a un paciente con altos contenidos de ácido úrico en sangre (gota) este alimento debe ser suprimido.
También, los niveles de hierro son mayores que en el resto de la carne. Y son muy ricas en vitaminas B2, B3, B12, fólico, D, A, E, B6, etc. por lo que es sugerente añadir a la dieta basal de un hospital.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de la cantidad de carne que se utiliza en el menú semanal de un hospital debe encontrarse presente en todo pinche de cocina, pues como explicamos anteriormente, tiene grandes atributos en cuanto al punto nutritivo, como

la proteína de alto valor biológico, pero, también, tiene grandes inconvenientes que se deben tener en cuenta a la hora de ciertas patologías.
El pinche de cocina, debe sacar, preparar y ayudar a la cocción de la carne, por lo que no debe ser un desconocido para él, lo que aporta tanto a nivel positivo como negativo.
El pinche es una pieza fundamental para que el trabajo siempre sea fluido y siempre debe estar presente que su principal tarea es cuidar al paciente, por lo que gracias a su formación, técnicas y conocimientos se logran todos los objetivos pautados en cuanto al desarrollo nutricional del paciente.

6 Bibliografía

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182018000400293#::text=En%20el%20caso%20de%20Chile%2C%20la%20producci%C3%B3n%20de,se%20ubica%20la%20producci%C3%B3n%20bovina%20%28200%20mil%20toneladas%294.

Capítulo 589

EL PINCHE DE COCINA EN LA PREPARACIÓN DE DIETAS CONFORME A LAS COSTUMBRES O RELIGIONES Y TRADICIONES DE LOS PACIENTES

MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO

MÓNICA MARTÍN APARICIO

CELIA DIANA CRUZ GALLEGO

MARIO ORTEGA LAIN

ADOLFO AVILA GUALDAMEZ

1 Introducción

En España, residen aproximadamente, según los datos demográficos, cinco millones de personas extranjeras, provenientes de diferentes países, en los que destacan Marruecos, Rumanía, Reino Unido, Colombia, Italia, Venezuela, China, Alemania, Francia, Honduras, Ecuador y Perú.
Todos estos países, que provienen de diferentes continentes, algunos africanos, otros europeos, incluso asiáticos, en los que las culturas, religiones y costumbres son muy diversas, y no solo a la hora de la comida, sino en muchos otros factores, que debemos comprender y respetar.

La Constitución Española dictamina que, se brindará asistencia sanitaria a toda persona con necesidad de ser atendido sin ninguna distinción de raza o sexo e independientemente de su situación económica.
Por lo que esto, nos invita a preparar otro tipo de dieta siempre que sea necesario.
En España, tenemos como alimentación principal la dieta mediterránea, y a pesar de que nos encontramos en un estado laico, un gran porcentaje de la población corresponde a la religión católica y cristiana, por lo que ciertos días como por ejemplo, la cuaresma, se suprime la carne para respetar a los pacientes españoles con religión cristiana.
Pues lo mismo sucede con pacientes que atienden a diferentes religiones, y en esto se basará nuestro capítulo, en las distintas costumbres culinarias de cada paciente, que deben respetarse y se brindará el servicio atendiendo a su religión y tradición.
En cuanto a lo que en este capítulo respecta, hablaremos del tema de la alimentación, y como puede afectar a cualquier extranjero una mala adecuación de la dieta a sus costumbres y tradiciones.

2 Objetivos

Conocer las situaciones de modificaciones de dietas según la religión o tradición de cada paciente ingresado.
Comprender la importancia del pinche de cocina en este tipo de actuaciones.

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

Es muy curioso, como en la base de cualquier cultura, las frutas, frutos secos, los vegetales y los cereales como el arroz, el maíz y el trigo son la base de una correcta y equilibrada alimentación, ya que constituyen una base nutritiva a altos niveles de fibra, hidratos de carbono, vitaminas y minerales.

A continuación, hablaremos de diferentes formas de ver la alimentación según las tradiciones y costumbres extranjeras:
En la religión hindú, no conciben mezclar proteína con proteína, por ejemplo, la leche y la carne. Tan solo consumen alimentos propios de la temporada y se ajustan a las necesidades nutricionales según la edad.
Los cereales, como mencionamos anteriormente, son la base de la nutrición a nivel mundial, en la religión cristiana es el pan, mientras que en la religión judía son panes sin levaduras.
Existen alimentos prohibidos que debemos tener en cuenta a la hora de preparar un menú en el hospital:
En la cultura musulmana y la judía, no se consiente el consumo de la carne de cerdo, y de ningún tipo.
Para los pacientes islámicos, el cordero y los dátiles son buenos alimentos a la hora de incorporarlos en una dieta.
Los musulmanes e hindús, son considerados como lacto vegetarianos, donde todas las formas lácteas son bienvenidas, como el kéfir, los yogures, el queso, etc.
También, deberemos atender a ciertos horarios y ayunos, que siempre que pueda ser compatible con la mejoría de su salud y no provoquen un problema añadido, deberán respetarse en todo momento.
Debemos comprender la importancia de la diversidad, y que cada paciente, independientemente de su raza, sexo, costumbres y nivel económico debe ser tratado de la mejor manera posible, y en lo que nos concierne, a través de sus gustos y costumbres culinarias.

5 Discusión-Conclusión

La concienciación sobre las diferentes culturas, religiones y costumbres deben de ser algo que todo personal sanitario o no, debe tener, y en este caso, los pinches de cocina, debe conocer ciertas normas básicas de cada religión, y atenderlas como tal.
No se trata de un capricho, sino que es una cuestión de dignidad para cada paciente.
La cocina del medio hospitalario, debe adecuarse a dichas costumbres y abordarlas siempre que el paciente las precise.
El pinche de cocina a la hora de preparar cualquier alimento a la hora elaborar una dieta, debe tener en cuenta todos estos puntos que hemos explicado y expuesto con anterioridad.

6 Bibliografía

https://www.bing.com/search?q=extranjeros+que+viven+en+españa&qs=n&form=QBRE&sp=-1&pq=extranjeros+que+viven+en+españa&sc=10-31&sk=&cvid=60B941870F5A46699B75C82EF9B6016A&ghsh=0&ghacc=0&ghpl=
Alimentación y religión.La cocina sagrada de las 5 confesiones principales (sabormediterraneo.com)

Capítulo 590

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

NOELIA ROSA DIAZ RIVAS

MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA

LAURA MARÍA RIVAS DIAZ

IVÁN GARCÍA HERNÁN

NURIA CORTES DIAZ

1 Introducción

La atención primaria es un servicio de salud que satisface las necesidades de la atención básica de salud y que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente a través de los servicios desarrollados por los profesionales del centro de salud.
Los pacientes acuden a los médicos de la atención primaria en los centros de salud, que es el primer nivel asistencial, y son los profesionales médicos los que pueden derivar al paciente a consulta de la atención especializada en hospitales y centros especializados.
Las actividades que comprende, tales como, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, asistencia sanitaria mantenimiento, recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social.

La asistencia será efectuada por consultas en atención primaria, en el centro de salud o en el domicilio del paciente.
Las consultas serán, por demanda o iniciativa del paciente, mediante cita previa concertada o programada por un profesional sanitario y urgentes.
El auxiliar administrativo es el personal no sanitario encargado de gestionar la admisión de pacientes, todo lo relacionado con la documentación de su proceso asistencial.
Las funciones del auxiliar administrativo en atención primaria, entre otras, es manejar la documentación clínica de los pacientes y gestionar la admisión de estos a las consultas, recepción de llamadas, la atención al público, organización y tramitación de expedientes, gestionar las citas, incluir datos informáticos, digitalización de documentos, asignación de médico, tramitación de las analíticas, radiografías, recetas a Inspección, elaboraciones de estadísticas, participar en las comisiones, etc.

2 Objetivos

-Enumerar las diferentes tareas del auxiliar administrativo en los centros sanitarios de atención primaria.
-Dar a conocer la labor de este personal no sanitario al servicio del ciudadano.

3 Metodología

La metodología empleada para realizar el presente capítulo se basa en una búsqueda en distintas páginas sobre salud laboral en el buscador Google, se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Todos los resultados llevados a estudio quedan reflejados en la biografía del trabajo.

4 Resultados

Los trabajos de apoyo materia, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas, las de secretarias de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática son trabajos propios de los auxiliares administrativos dentro de las instituciones sanitarias de la seguridad social, recogidas en la orden de 28 de mayo de 1984.

Las funciones de un auxiliar administrativo en Atención Primaria son las siguientes:
-Atención al paciente presencial y telefónica.
-Preparación de datos informáticos.
-Recogida de datos personales, actualización y registro de pacientes.
-Citación de consultas telefónicas y presenciales con el equipo sanitario del centro y citaciones con algún especialista de atención especializada si es derivado por su médico de cabecera.
-Citación de consultas.
-Organización de expedientes y su tramitación.
-Organización de reuniones y agendas.
-Gestión y tramitación de la tarjeta sanitaria individual.
-Alta de extranjeros con derecho a asistencia sanitaria, verificación de datos, renovación periódica.
-Asignación y cambio de médico de cabecera y centro asistencial.
-Gestión de correo electrónico, fax, notificaciones, avisos y certificados.
-Gestión del correo ordinario.
-Archivo de expedientes de pacientes.
-Digitalización de documentos.
-Gestionar el servicio de ambulancias a pacientes y organizar el transporte en ambulancia.
-Clasificación de muestras médicas.
-Apoyo administrativo tanto al equipo sanitario, como al paciente por las incidencias que le pueden surgir.
Cuando un paciente acude a un centro de atención primaria, es recibido por el personal no sanitario, es decir por un celador o por el auxiliar administrativo, que es quien le atiende en el área de administración, para cualquier cita a consulta con el personal sanitario del centro, y para atenderle en cualquier asunto relacionado con sus funciones, el cual debe de tratar con profesionalidad y diligencia a los pacientes y mantener la debida confidencialidad de todos los datos a los que tenga acceso.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en el centro de salud es principalmente, la atención, admisión e información al paciente de todo lo que ofrece la atención primaria respecto a la salud del ciudadano, con el objeto de facilitar la utilización del servicio en beneficio del paciente.

También es una labor fundamental para tener una planificación del proceso asistencial de cada paciente y en la ordenación de todo lo relacionado con la asistencia sanitaria organizada.
En todo caso es importante que el auxiliar administrativo al tratar con datos personales de cada paciente y con datos especialmente protegidos como son los datos relacionados con la salud, guarde la debida confidencialidad de todos los datos a los que tenga acceso.

6 Bibliografía

1. Orden de 1984 de 28 de mayo de 1984, que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971.
2. Cartera de servicios comunes de atención primaria del Ministerio de Salud. Disponible en https:www.gobiernodeespaña.es
3. Sistema de información de atención primaria. Disponible en https://megustaenfermeria.com

Capítulo 591

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVOS DEL CENTRO HOSPITALARIO

NOELIA ROSA DIAZ RIVAS

MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA

LAURA MARÍA RIVAS DIAZ

IVÁN GARCÍA HERNÁN

NURIA CORTES DIAZ

1 Introducción

Dentro de cada centro hospitalario, existe un área llamado archivo. El archivo es el lugar donde se guardan, conservan, y manejan todas las historias clínicas y todos los documentos y expedientes que la componen. El auxiliar administrativo es el encargado de llevar a cabo este trabajo, se encarga, entre otras funciones dentro del área del archivo, a: guardar, manejar, conservar y controlar todas las historias clínicas de todos los pacientes.
La documentación que se genera en el proceso asistencial de cada paciente a diario, es administrada por los auxiliares administrativos que prestan servicio en la sección del archivo, la gestionan, la ordenan y la archivan, todo conforme

unos criterios básicos. Los documentos que componen las historias clínicas, en algunos casos, como son radiografías u otras series de pruebas, se originan en formato digital. Dicho esto, las historias clínicas de los pacientes pueden contener documentación en formato papel y documentación en formato digital y la información que contienen debe estar actualizada.
La organización en esta área es la clave del buen funcionamiento, pues se genera una cantidad importante de documentos de todos los pacientes día a día.
Las funciones de un auxiliar administrativo en el archivo es la atención al teléfono, que es el medio por el que se comunican con las demás áreas que solicitan la historia clínica del paciente y extraen del archivo las peticiones, las sirven y después vuelven a guardar cuando son devueltas, además se encargan de clasificar y ordenar las historias clínicas.

2 Objetivos

-Exponer las funciones que desarrolla un auxiliar administrativo dentro del departamento de archivo.
-Dar a conocer cómo se gestiona el manejo de las historias clínicas y su petición.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se ha hecho un estudio que consta en una revisión de revistas científicas debidamente revisadas. Se ha efectuado una búsqueda en libros y en artículos de las bases de datos como Pubmed ,Medline, y Scielo, seleccionando diferentes artículos, con una selección de varios artículos científicos que proceden de publicaciones académicas debidamente revisadas.

4 Resultados

En el área de archivo de cada centro, la actuación del personal auxiliar administrativo debe de ser rápida a la hora de buscar toda la documentación solicitada por los facultativos que la requieren, al igual que la actualización inmediata de los documentos que componen la historia clínica de cada paciente.
Según el artículo 14.2 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dice que “Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o

de otro tipo en el que consten de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información".
La seguridad de la información es lo más importante y lo principal del archivo, por ejemplo en la protección de los documentos para evitar su destrucción o pérdida accidental y en lo relativo a la seguridad de la información que en ellos contiene, que siempre será confidencial y se deben al secreto profesional, pues se trata de los datos personales, y de los datos de salud, que son datos que están especialmente protegidos por la Ley.
Garantizar la intimidad de las personas en los procesos asistenciales y en la información contenida dentro de la historia clínica, es un deber inexcusable del personal sanitario y no sanitario, en este caso del auxiliar administrativo que manipula las historias de los pacientes. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.
Otra función que un auxiliar administrativo de archivo realiza es la digitalización de los documentos que facilita la consulta de la historia clínica del paciente y supone un ahorro de tiempo a la hora de cualquier consulta que precisen los especialistas o facultativos, dentro del centro hospitalario o desde otros centros diferentes.

5 Discusión-Conclusión

En la sección de archivo, las tareas para poder tener una buena ordenación y organización de las historias clínicas y de sus documentos es la digitalización de los documentos, esto supone un trabajo de calidad para poder desarrollar las labores principales del área de archivo como, guardar, manejar, conservar y controlar todas las historias clínicas.
El auxiliar administrativo del servicio de archivo debe conocer perfectamente que tiene que guardar confidencialidad y secreto profesional por tener acceso a los datos de los pacientes, tanto datos personales como datos referentes a la salud, que son los datos especialmente protegidos por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
3. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en https://www.appf.edu.es.

Capítulo 592

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS

NOELIA ROSA DIAZ RIVAS

MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA

LAURA MARÍA RIVAS DIAZ

IVÁN GARCÍA HERNÁN

NURIA CORTES DIAZ

1 Introducción

La atención especializada se asiste en los hospitales y en los centros sanitarios de especialidades. Este servicio es ambulatorio y comprende las actividades asistenciales, terapéuticas, diagnosticas, de habilitación y cuidados y las de promoción de la salud, prevención de la salud, educación sanitaria se presta según el caso del paciente en consultas externas, en el hospital de día y en régimen de internamiento hospitalario. El enfermo es derivado a la atención especializada por los profesionales de atención primaria o bien por los médicos de atención especializada para la visita en consulta de algún especialista o por causa de post-hospitalización. El auxiliar administrativo se encarga, entre otras funciones, de

la atención sanitaria del paciente y de asistirle y gestionarle en todo lo necesario para la visita al especialista que precise en las consultas externas del centro sanitario.
Desde la atención especializada se puede acceder a los servicios de asistencia ambulatoria en consultas, asistencia ambulatoria en hospital de día, asistencia a la salud mental, asistencia a la salud psiquiátrica, atención ambulatoria en diálisis, a los servicios de asistencia especializada en régimen de hospitalización, por indicación del médico especialista o por los servicios de urgencias, cuando el paciente necesite un cuidado especial o continuado, también podrá ser derivado por los hospitales de referencia.

2 Objetivos

-Exponer la labor del personal auxiliar administrativo en el servicio de atención especializada en los centros sanitarios.
-Explicar la gestión de documentación y citas y demás funciones.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica y se ha tenido en cuenta la búsqueda en diferentes artículos y varios libros publicados, también se ha llevado a cabo una investigación basada en distintas páginas web y en varios buscadores de internet.

4 Resultados

Como ya se ha expuesto anteriormente, las consultas externas dentro de un centro sanitario u hospital, tienen como misión asistir al paciente en todo lo relacionado con su salud por profesionales especialistas en diferentes patologías, y que son derivados por el profesional de atención primaria, de un profesional de consultas externas o por un posoperatorio.
La gestión que realiza un auxiliar administrativo en consultas externas de atención especializada serán entre otras, gestionar las siguientes asistencias, en la asistencia especializada en consultas, la asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico y la hospitalización en régimen de internamiento, el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz o en domicilio, la

atención a la salud mental, la indicación o prescripción y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
El personal auxiliar administrativo de consultas externas dedica sus funciones principalmente a la admisión del paciente para dar paso a consulta médica, registra al paciente a su llegada en el sistema informático, registra la visita del mismo, factura de la visita o pruebas realizadas para la compañía aseguradora o mutuas de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, ayudar y asistir al paciente tanto presencial como telefónicamente solucionando cualquier problema o duda relacionada con el centro, o para gestionar las citas. Organizan y gestionan la agenda de las fechas y los horarios de las consultas, administran el registro de las listas, expiden documentos o justificantes que les solicitan los usuarios con relación a la consulta médica. Todas estas funciones que el auxiliar administrativo desarrolla dentro del centro sanitario u hospitalario son fundamentales para llevar a cabo una organización de calidad dentro de todo servicio de atención al paciente en consultas externas de la atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de la organización del hospital y dentro de la organización del servicio de consultas externas de la atención especializada, la persona que proporciona al paciente su atención tanto personal como telefónica y gestiona todos los documentos y datos de los pacientes, como son los informes o los justificantes de consultas médicas, registro de visitas, digitalización de documentación clínica, gestionan agendas para llevar un control de las citas y de la lista de espera para operaciones quirúrgicas, etc., es el personal auxiliar administrativo que es una pieza fundamental para el correcto y organizado funcionamiento del servicio, y que como tal tiene que cumplir las normas y los protocolos establecidos para la atención al usuario y que deben de respetar la confidencialidad de los datos de carácter personal y los datos de la salud del ciudadano.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
2. Gestión de pacientes en el hospital. El servicio de admisión y documentación clínica. Disponible en https://www.chuab.es
3. Sistema de información en Atención Especializada. Disponible en https://www.gob.es

Capítulo 593

PRIMEROS CUIDADOS DE SALUD BUCODENTAL DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

ALICIA DELGADO VALLEJO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ

PATRICIA PADILLA MUÑOZ

1 Introducción

Durante los primeros años de vida la atención odontológica constituye una prioridad y un reto para el odontólogo, encaminada primordialmente hacia la prevención de la salud bucodental de los niños.
La prevención engloba todas las intervenciones y enseñanzas que tienen el objetivo de proteger y preservar un alto grado de salud bucal. Respecto a esto, los padres desempeñan un papel fundamental para impedir la aparición y desarrollo de diferentes actividades que puedan dañar la cavidad oral del bebé.
Debido a esto, los niños tienen que educarse y concienciarlos de manera temprana para adquirir conductas, las cuales, les den la posibilidad de desenvolverse de manera correcta en los hábitos de salud bucal.
Dentro de los principales problemas orales durante los primeros años de vida, se encuentran, la caries, vinculada a malos hábitos con la dieta y las maloclusiones,

relacionadas con malformaciones heredadas. Estas causas se pueden cambiar mediante la promoción de educación para la salud.
El principal pilar para impedir la aparición de estas enfermedades en los niños, es conocer la importancia de una correcta higiene bucal. De igual forma, se debe orientar y aconsejar a los padres o cuidadores sobre una adecuada alimentación, así como de hábitos dañinos para la salud desde el nacimiento.

2 Objetivos

Exponer los cuidados bucodentales durante los primeros años de vida

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre los primeros cuidados de salud bucodental durante los primeros años de vida. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: child, oral hygiene, health education, oral health, prevention, primary dentition.

4 Resultados

Normalmente, los recién nacidos no tienen piezas dentales, pero en ocasiones se encuentran casos de dientes neonatales, que tienen que conservarse. Durante los primeros 6 meses de vida erupciona el primer diente de leche.
A partir de ahí, se aconseja bajar de forma gradual por la noche la lactancia materna, ya que tras ingerir la leche, se produce un asalto de ácido en los dientes, el cual, se produce por bacterias que aparecen por el óxido que ocasiona la bebida en los dientes y tejidos blandos.
Es esencial realizar la limpieza dental de manera inminente tras las tomas de leche, así como dejar huecos entre una toma y otra para que estos puedan disponer de tiempo para recomponerse de los ácidos mencionados anteriormente.
Por ello, es muy importante la limpieza de la boca por la noche, ya que el ácido es más violento mientras se duerme.
En la limpieza de las encías del bebé, se recomienda usar una gasa o dedal de silicona, sin embargo, tras la erupción del primer diente se aconseja utilizar un

pequeño cepillo dental con pasta dental, sin flúor. Un uso apropiado de elevadas cantidades de fluoruro impide la aparición de caries en los primeros años de vida. Sería conveniente aconsejar la cantidad de flúor adecuada en la pasta dental, que el niño puede aplicar según el riesgo de caries del que disponga.
Se debe explicar a los padres que la responsabilidad del cuidado de la higiene bucodental de los niños es de ellos y no del niño o niña. Por ello, la primera consulta dental al odontopediatra se debe realizar antes de cumplir un año, y este profesional les explicará los correctos cuidados dependiendo de la edad y riesgo de caries.
Finalmente, es importante saber el orden de erupción de los dientes de leche, ya que esto nos facilitará identificar alteraciones.

5 Discusión-Conclusión

Durante los primeros años de vida es esencial el tratamiento odontológico, ya que ofrece la opción de prevenir la enfermedad y conservar la salud. Esto se considera una adecuada práctica de promoción de la salud de una forma fácil y segura.
El odontopediatra y la higienista bucodental son las personas encargadas de fomentar la educación para la salud a los padres o cuidadores respecto a la higiene oral de los niños, una dieta adecuada para el bebé, así como la importancia del uso de flúor para prevenir enfermedades bucales como la caries.
En cuanto a la alimentación del lactante es muy importante llevar a cabo una alimentación adecuada para un buen desarrollo del aparato estomatognático.

6 Bibliografía

1. Pinto J M., Chávez D B., Navarrete C. Oral health in the first year of life. Revision of literature and protocol of dental attention to the baby. Odous Científica. 2018;19(1).
2. Cisneros DG, Hernández BY. Education for oral health in early years of life. Medisan. 2011;15(10): 1445-58.
3. Moscardini M, Díaz S, De Rossi M, Filho N, De Rossi A. Dentistry for babies: a practical possibility of oral health promotion. Rev. odontopediatr. latinoam. 2017;7(2): 116-26.
4. Urgellés P, Abellas M. Some considerations on infant feeding for the preservation of oral health. Medisan. 2012; 16 (4): 596-05.
5. Burgos Mendoza AF. Review of the literature about the provision of dental care services in babies. Polo del Conocimiento. 2017;8(2):1317-1328.

Capítulo 594

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN PROCEDIMIENTOS RADIOGRÁFICOS BUCODENTALES

ALICIA DELGADO VALLEJO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ

PATRICIA PADILLA MUÑOZ

1 Introducción

La radiología dental se basa en rayos X (clasificados como radiación ionizante) emitidos por equipos especiales para diagnosticar y monitorear exámenes dentales donde es necesario evaluar el diente completo o su ausencia, su posición en relación con el resto del diente, así como quistes, tumores, examen y diagnóstico de asimetría y evaluación del desarrollo del complejo maxilofacial. La elección del tipo de examen más adecuado en radiología dental depende de varios factores: la cobertura y resolución de cada técnica, las enfermedades a detectar en cada examen y la exposición relativa del paciente. Según el Comité Científico de las Naciones Unidas sobre los Efectos de la Radiación Atómica, la exposición médica a la radiación ionizante es actualmente la mayor fuente artificial de radiación para la población mundial. Los procedimientos radiológicos dentales son el tipo más común de examen radiológico, aunque las dosis individuales son pequeñas. Sabemos que las radiaciones ionizantes pueden afectar negativamente a

la salud de los seres vivos. Estos efectos de la radiación ionizante se dividen en dos categorías principales según el daño biológico: respuestas tisulares o efectos deterministas debido a la muerte celular. Los que encajan en la segunda categoría se denominan efectos aleatorios y son el resultado de una mutación celular.

2 Objetivos

- Definir conceptos asociados a la protección radiológica en los procedimientos de radiología dental.
- Exponer recomendaciones para mejorar la seguridad y protección radiológica del paciente y del operador en esta clase de procedimientos de imagen.

3 Metodología

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

4 Resultados

Sistema de protección radiológica: La protección radiológica es un campo cuya finalidad es prevenir la incidencia de efectos determinísticos y conseguir limitar el riesgo de efectos estocásticos a unos rangos aceptables. Para conseguir este objetivo, tenemos el Sistema de protección radiológica, que está sustentado en tres principios:

- Justificación: Toda prueba o tratamiento que utilice radiaciones ionizantes debe producir un beneficio neto al individuo superior que el perjuicio debido a la exposición. El beneficio de la irradiación es mayor que el daño producido (coste-beneficio).
- Optimización: La dosis de radiación debe ser tan baja como sea posible para generar un examen de calidad diagnóstica.
- Limitación de la dosis: Se trata de la personalización de la dosis de exposición según las actividades que desempeñe, bien sea como profesionales o como público general. Dependiendo de su actividad cada persona posee un límite de dosis.

Recomendaciones genéricas.
- Educación y entrenamiento: Tanto los higienistas bucodentales como los técnicos de radiodiagnóstico que manipulen equipos radiográficos dentales deben contar con la certificación correspondiente, así como con una adecuada formación para el correcto funcionamiento del sistema. Finalmente es fundamental la formación continuada del personal con el fin de mejorar las prácticas en radiodiagnóstico y protección radiológica.
- Medidas de protección radiológica: Salvo el paciente, cualquier persona que se encuentre en la sala del procedimiento no debe situarse, de la fuente de radiación, a menos a dos metros y siempre que sea posible detrás de barreras de protección apropiadas según el tipo de procedimiento a realizar. Por otro lado, pacientes y acompañantes, así como trabajadores en caso de ser necesario, deben usar barreras de protección radiológica física como delantales plomados y/o protectores tiroideos en función de lo que permita el examen.
- Campo de irradiación: La colimación se debe limitar en la medida de lo posible al área de interés. En el caso de las radiografías intraorales se sugieren campos de irradiación inferiores a 6 o 7 cm de diámetro en la piel del paciente.
- Valores de exposición (kVp, mA y tiempo de exposición): Con el objetivo minimizar la dosis y de mejorar el contraste radiográfico para conseguir una imagen de calidad, se sugiere regular estos valores en función del tipo de exploración que se vaya a realizar.
- Receptores de imagen: Para necesitar una menor dosis para la formación de la imagen, es recomendable usar películas radiográficas o receptores digitales sensibles y de gran velocidad.
- Control automático de exposición (CAE): Es recomendable esta opción en los equipos radiográficos que puedan disponer de ella. En equipos que no cuenten con esta tecnología se recomienda contar con una lista de sugerencias de valores de exposición para cada tipo de exploración.
- Controles de calidad: Para asegurar un uso seguro y un funcionamiento óptimo de los equipos, debes hacerse controles de calidad de forma periódica.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental todo el personal del servicio esté formado en protección radiológica, especialmente a los técnicos de radiodiagnóstico y los higienistas dentales, ya que son quien más contacto tienen con el paciente en cuanto a los exámenes de radiología dental. En ese sentido, deben tener claros aspectos básicos como: qué son los rayos X, conocer los diferentes tipos de dosis (absorbida, equivalente,

etc.), así como los sistemas de protección radiológica como principal medio en la optimización de la dosis que van a dar a los pacientes. Entender que en el sistema actual de protección radiológico, es el odontólogo o cirujano maxilofacial, quién debe justificar un tipo de procedimiento radiológico, teniendo presente tanto los costes económicos como el coste biológico para el paciente.

6 Bibliografía

1. Hidalgo, A., Theodorakou, C., & Horner, K. (2013). Protección radiológica en tomografía computarizada Cone-Beam en odontología.
Anu Soc Radiol Oral Maxilo Facial Chile, 16, 23-32. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alejandro-Hidalgo-Rivas/publication/259146747_Proteccion_radiologica_en_tomografia_computarizada_conebeam_-en_odontologia/links/0046352dd5daae9470000000/Proteccionradiologica-entomografia-computarizada-cone-beam-en-o.
2. Aquino Ignacio, M. C., Avilés Mandujano, P., Romero Corona, M. D. R., Bojorge Rodriguez, J., & Ramírez Gutiérrez, V. P. (2010). Cuantificación de la dosis absorbida por medio de dosimetría termoluminiscente en radiología dental. Revista odontologica mexicana, 14(4), 231-236. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2010000400231.
3. Baños, M. A. (2005). Evolución de la protección radiológica y control de calidad en la radiología dental española. EDITUM. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZkGaYU7ujNcC&oi=fnd&pg=PA5&dq=proteccion+radiologica+en+la+clinica+dental&ots=n2Xw6kmZ&sig=hmVK-VHMO5Zs0yXN2Ogvgqlng6w#v=onepage&q=proteccion%20radiologica%20en%20la%20clinica%20dental&f=false.

Capítulo 595

INTRODUCCIÓN A LA PERIODONCIA PARA HIGIENISTAS BUCODENTALES

ALICIA DELGADO VALLEJO

1 Introducción

Las enfermedades periodontales son una de las mayores causas de la pérdida dentaria y afectan a gran parte de la población.
La promoción de hábitos de higiene oral saludables junto con la profilaxis profesional puede reducir en gran parte el porcentaje de población afectada con enfermedades periodontales.
La periodoncia es uno de los campos de la odontología donde el Higienista Bucodental puede desarrollar gran parte de sus conocimientos. Empezando con los niños en la infancia mediante la prevención de las enfermedades patológicas más comunes (caries y enfermedades de las encías) y continuando con el tratamiento de las patologías periodontales en el adulto. Y dado que unas de las competencias que se mencionan en el Real Decreto son la realización de detartrajes o limpiezas dentales y también raspados, el papel del Higienista en el campo de la periodoncia es imprescindible.
El Higienista Bucodental trabajará mano a mano con el odontólogo o con el periodontista en los tratamientos periodontales. De ahí la importancia de su formación y adquisición de nuevos conocimientos. La ampliación de sus conocimientos los podrá poner en práctica en su día a día en la consulta y le ayudará siempre a conocer más de cerca qué hacer ante algunas situaciones.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de inflamación de la encía y sus consecuencias.
- Exponer las características de una encía sana, para así poder identificar los signos de alerta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha hecho una revisión sistemática de la bibliografía existente sobre la materia. Se han consultado los principales buscadores web, como puede ser Google, usando como palabras claves: ”periodontitis”, ”inflamación de la encía”, ”tratamientos periodontales”.

4 Resultados

El acúmulo de placa dental es el principal agente causante de las patologías orales más frecuentes como son las caries y las enfermedades periodontales. Si estos microorganismos presentes en la placa dental consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental sin ser eliminados adecuadamente con el cepillado es cuando causan dichas patologías orales.

Este acúmulo de placa dental en el margen gingival, causa en un primer estadio irritación e inflamación de las encías reversible, que es lo que se conoce como gingivitis, este primer signo de alerta, que es la gingivitis, no causa destrucción en los tejidos periodontales, y sus efectos son revertidos si se consigue una adecuada higiene oral a través de un cepillado eficaz de las superficies dentales.

Cuando la gingivitis no es resuelta a tiempo y persiste la inflamación y el acúmulo de placa dental durante largo tiempo, la gingivitis evoluciona hacia periodontitis, que es la inflamación de los tejidos periodontales con efecto destructivo del ligamento periodontal y del hueso alveolar, dando lugar a las bolsas periodontales, recesión de la encía, sangrado y pérdida de hueso alveolar. Si la periodontitis no es tratada los efectos son la movilidad dental y finalmente la pérdida de dientes.

La periodontitis es una afectación crónica por definición, la pérdida ósea causada por la enfermedad es irrecuperable, con el tratamiento lo que se consigue es frenar su progresión, evitando así que se siga destruyendo más tejido de soporte dentario.

Además, según se contempla en las últimas guías publicadas de la Sociedad Europea de Cardiología la periodontitis se asocia con la aparición de disfunción

endotelial, aterosclerosis y con un incremento del riesgo de infarto de miocardio e ictus.
De ahí la importancia de la prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales.
Si bien es cierto que no solo una mala higiene oral es la causante de las patologías orales descritas, ya que existen otros factores desencadenantes, como son los cambios hormonales durante el embarazo, diabetes no controlada, desequilibrios del pH salival, el tabaquismo, determinados medicamentos, etc. que también contribuyen en el agravamiento de estas patologías.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto el tratamiento precoz de la inflamación de las encías cuando todavía la gingivitis no ha evolucionado hacia periodontitis es fundamental para evitar la destrucción del tejido periodontal. Para ello es necesario saber diferenciar una encía sana de una enferma.
Las características de una encía sana son:
- No presenta sangrado.
- Color: siempre tiende al rosado, aunque varía la tonalidad según la pigmentación de la piel de cada individuo. Un color rojizo de la encía es signo de inflamación.
- Grosor: generalmente la encía es delgada, fina, como una delicada capa protectora que cubre las raíces. Una encía sana no presenta inflamación.
- Punteado superficial: Se presenta en alrededor de la mitad de las personas, y se reconoce cuando la superficie de la encía tiene un aspecto parecido al de una cáscara de naranja, es un detalle más difícil de advertir y se presenta, principalmente, en la encía que recubre a los dientes anteriores.
- La encía cubre por completo la raíz del diente, la recesión de la encía dejando visible la raíz del diente es señal de pérdida de tejido de soporte.
- Las papilas interdentales son puntiagudas, la presencias de papilas redondeadas, que dejan espacios interdentales es un signo de alerta.
- La profundidad de sondaje no es superior a 3-4 mm.

La presencia de periodontitis debe ser considerada como un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular y, por lo tanto, se aconseja su prevención y tratamiento

6 Bibliografía

1. https://www.unidadmedica.com

2. https://www.consejodentistas.es

Capítulo 596

LA HIGIENE BUCODENTAL EN LOS PACIENTES DE LA UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA

ALICIA DELGADO VALLEJO

1 Introducción

Los cuidados bucodentales son una de las necesidades que presenta el paciente al ser ingresado sobre todo en las unidades especiales como es la de intensivos. Es una necesidad en la que el técnico en cuidados auxiliares tiene plena responsabilidad y forma parte de sus funciones propias.

El paciente intubado o inconsciente es uno de los más complejos que nos encontramos en los centros hospitalarios. Estos pacientes se encuentran principalmente en las unidades de críticos y de intensivos. Existen múltiples causas por las que estos pacientes resultan tan complicados y los cuidados de la boca pasan a ser una necesidad básica que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería basándonos en numerosos criterios como el nivel de consciencia, la agitación sin controlar o su inestabilidad basal.

Desde el momento en el que se decide la intubación, comienzan a plantearse los cuidados de la boca que forman parte de las funciones del equipo de enfermería. El cuidado de la boca es uno de los cuidados menores que no repara atención del cuidado, pero que es necesaria. En muchas ocasiones la boca no resulta agradable dentro de los cuidados que se practican al paciente. Pero la realidad es que la boca precisa una atención especial, ya que puede provocar unos problemas a posteriori como dificultades del habla, problemas de deglución o infecciones. Debido a estos los cuidados bucales deben tener una especial importancia.

2 Objetivos

Explicar adecuadamente los cuidados bucodentales que necesitarán los pacientes de medicina intensiva, así como los factores a tener en cuenta.

3 Metodología

Para la elaboración de capítulo descriptivo. Se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas y manualmente a través de Internet en revistas y organismos públicos. La investigación bibliográfica se caracteriza por la utilización de los datos secundarios como fuente de información.
Pretende encontrar soluciones a problemas planteados. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos desde el año 2002 y de idioma distinto al castellano.
Palabras clave: paciente intubado, cuidados de la boca y unidad de críticos.

4 Resultados

Los cuidados bucodentales apoyan al paciente a tener cubiertas sus necesidades básicas de higiene, normalmente en los pacientes inconscientes e intubados es una necesidad que cubre el personal sanitario. Realizando una adecuada higiene bucal se evitan caries, infecciones ya que se elimina la placa bacteriana y resto de alimentos, evita la halitosis, grietas o la sequedad de boca.
Se añade que el paciente adquiere una sensación de confort y bienestar junto a la prevención de infecciones tanto bucales como respiratorias. Se considera que la saliva es un potente desinfectante frente a las infecciones de ahí la importancia de la hidratación bucal que facilita la prevención de infecciones.
Existen diferentes maneras o técnicas del lavado bucal con base en el tipo de paciente que está ingresado y la patología que padece unido a su fisiología según se den unas circunstancias u otras, se optará por la intervención adecuada. Dentro del tipo de pacientes que se encuentra con la necesidad de realizar la higiene bucal se pueden observar:
• Consciente.
• Inconsciente.
• Intubado.
• Con dentadura postiza.
En estos momentos se habla de los pacientes intubados e inconscientes que suelen ingresar en las unidades de hospitalización de críticos e intensivos. Los pa-

cientes intubados tienen una alta incidencia de neumonía por lo que los cuidados bucales adquieren una alta importancia para prevenir este tipo de enfermedades de hecho existen proyectos para ello como el de neumonía Zero que se aplica en los servicios de intensivos de forma regular. Este proyecto consiste en la limpieza bucal con un antiséptico bucal y la aplicación de una pasta (descontaminación orofaríngea selectiva) en la cavidad bucal que previene las infecciones. Dicha pasta tiene componentes antibióticos.

El mantenimiento de la higiene bucal es fundamental en los pacientes intubados para evitar futuras complicaciones ya comentadas anteriormente. Se buscará una solución antiséptica bucal, se pueden cepillar los dientes y se suele conectar el sistema de aspiración para succionar el líquido. A la hora de desarrollar un procedimiento de atención bucal se debe partir desde el proceso de atención de enfermería sobre la base de sus etapas. Se hace necesaria la hidratación de los labios con vaselina para evitar roces o grietas y úlceras por causas del tubo. Esto se debe realizar una vez por turno y si fuese necesario se cambiarán las cintas de sujeción del tubo.

En algunas ocasiones el paciente padece xerostomía que es la disminución de secreción de saliva que se ha mencionado que protege de infecciones. El paciente intubado está conectado respirador por una serie de tubos que reciben el nombre de filtros y tubuladuras. Los filtros favorecen la humedad adecuada y protegen de las infecciones mientras que las tubuladuras proporcionan el aire necesario para que los pulmones ventilen. Estos objetos deben cambiarse con regularidad para evitar infecciones. Con respecto al tubo endotraqueal se debe mantener la higiene adecuada exterior para evitar las infecciones. Dentro del proceso de atención es una las necesidades a cubrir. Esto entra dentro del proyecto de la neumonía Zero que se ha implantado en las unidades de intensivos de España.

5 Discusión-Conclusión

La higiene oral de forma autónoma o con apoyos disminuye la incidencia de infecciones y proporciona el bienestar y el confort del paciente crítico que evita problemas orales. Se propone un protocolo en cada unidad para cubrir las necesidades del cuidado bucal en estas personas ingresadas y minimizar el riesgo de aparición de problemas asociados.

Las infecciones bucales conllevan las pérdidas de piezas dentales muchas veces asociadas a la intubación, pero se debe a una mala higiene dental. Con el cuidado adecuado se minimizan los riesgos de infecciones bucales y respiratorias como es la neumonía.

El cuidado debe realizarse al ingreso y una vez por turno. Esto incluye la aspiración orofaríngea y la hidratación de los labios.
Los cuidados bucales adecuados por parte de los equipos de enfermería de intensivos a los pacientes intubados con ventilación mecánica hacen reducir los porcentajes de neumonías. Se promueve el trabajo de educación de la familia y el paciente visto como una unidad para prevenir problemas posteriores.
Toda intervención en el área de la salud va encaminada a la prevención de enfermedades o infecciones que reducen el gasto sanitario y mejoran la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. PÉREZ, I. M. y otros (2002): Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enfermería Clínica 2003.
2. CARPENITO, L. J. (2002): Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9.ª edición. McGraw-Hill Interamericana.
3. https://www.revista-portalesmedicos.com
4. https://es.gsk.com/es-es
5. https://es.slideshare.net
6. aura Martínez Olivares "el auxiliar de enfermería en servicios especiales: UCI, urgencias, quirófano y diálisis. Logoss 6ª edición.

Capítulo 597

PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: EL ENVASADO DE LOS ALIMENTOS

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

Los materiales y objetos activos son los materiales y objetos destinados a ampliar el tiempo de conservación, o a mantener o mejorar el estado de los alimentos envasados, y que están diseñados para incorporar deliberadamente componentes que transmitan sustancias a los alimentos envasados o al entorno de estos o que absorban sustancias de los alimentos envasados o del entorno de estos. Por ejemplo, envases que permitan que entre oxígeno de forma lenta y no dejen salir el dióxido de carbono, aumentando así la vida útil de alimentos como la fruta cortada.

Los materiales y objetos inteligentes son los materiales y objetos que controlan el estado de los alimentos envasados o el entorno de estos. Por ejemplo, envases con indicadores o dispositivos sensibles a los cambios de temperatura, que permiten detectar visualmente parámetros como si se ha roto la cadena del frío.

En la mayoría de los casos, los alimentos se comercializan envasados, esto es debido a que el envasado persigue dos objetivos importantes: por un lado, hacer un anuncio del producto y, por otro, protegerlo para favorecer su conservación.

Como pinches de cocina que trabajan en un centro hospitalario debemos conocer como es el envasado adecuado de los alimentos, como parte de los criterios de calidad y seguridad alimentaria.

2 Objetivos

Conocer como pinche de cocina en los centros hospitalarios algunas cuestiones básicas acerca del envasado de los alimentos 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

Existen múltiples técnicas de envasado, tales como el envasado tradicional, el envasado al vacío (consistente en eliminar el oxígeno del interior del envase) o el envasado en atmósfera modificada (del que ya hablamos en temas anteriores). También son muy variados los recipientes utilizados, tanto en forma como en material, tales como botellas, cajas o frascos, de materiales como el plástico, el cartón o el aluminio, entre otros.

Todos estos materiales, dado que van a estar en contacto con los alimentos, deben cumplir una serie de requisitos. El principal marco de referencia legislativa sobre los envases de los alimentos es el Reglamento Europeo 1935/2004 sobre materiales y objetos destinados a entrar en contacto con alimentos, que fija las exigencias en materia de seguridad alimentaria y trazabilidad para los fabricantes de envases alimentarios.

El objetivo principal que se pretende conseguir con esta legislación es garantizar la salud de los consumidores en todos aquellos aspectos relacionados con los

materiales que están en contacto con los alimentos, es decir, envases, botellas, tapas e incluso la tinta y pegamento de las etiquetas.

Por ello, todos estos materiales deben fabricarse conforme con las buenas prácticas de fabricación y en ningún caso pueden provocar migraciones de sus componentes a los alimentos en cantidades que puedan:
• Ser un peligro para la salud humana.
• Provocar una modificación de la composición de los alimentos.
• Producir alteraciones en las características organolépticas de los alimentos.

En algunos casos, ya existe legislación específica para cada uno de los materiales, pero aún hay trabajo que hacer al respecto.

Cuando estos materiales u objetos aún no estén en contacto con alimentos en el momento de su comercialización deben ir identificados con las palabras "para contacto con alimentos" o una indicación específica sobre su uso tales como una máquina de café, botella de vino, cuchara sopera, o el símbolo de la copa y el tenedor, que es el más habitual.
Todos los materiales que podemos encontrar en contacto con los alimentos han tenido que estar autorizados por parte de las autoridades nacionales competentes (AECOSAN) y las de la UE.
Cabe destacar también que en todo momento se debe garantizar la trazabilidad de estos materiales.

5 Discusión-Conclusión

El envasado de los alimentos como hemos visto es un mecanismo de conservación de los mismos, de tal forma que se los protege de los contaminantes externos.
Con ello se pretende asegurar la calidad de los alimentos, reducir al mínimo los posibles daños y conseguir prolongar al máximo su duración.

Los materiales que más se usan para el envasado son el plástico, el cartón, el metal y el aluminio.

Hemos visto que es importante poder ver la trazabilidad de los materiales con los que se ha realizado el envasado.
Esto es importante también para la comercialización del alimento, encima del envasado también va el etiquetado.

6 Bibliografía

1- que es el envasado y en qué consiste - Cuando estos materiales u objetos aún no estén en con- tacto con alimentos en el momento de su comercialización deben ir identificados con las palabras “para contacto con alimentos” o una indicación específica sobre su uso tales como una máquina de café, botella de vino, cuchara sopera, o el símbolo de la copa y el tenedor, que es el más habitual.
Todos los materiales que podemos encontrar en contac- to con los alimentos han tenido que estar autorizados por parte de las autoridades nacionales competentes (AECOSAN) y las de la UE.
Cabe destacar también que en todo momento se debe ga- rantizar la trazabilidad de estos materiales.

2- envasado de los alimentos - https://knauf-industries.es/envasado-de-alimentos-materiales-y-tecnicas-mas-innovadoras/
3- principales sistemas de envasado de los alimentos - https://www.envasados.es/sistemas-de-envasado-de-alimentos/
4- el envasado en la alimentación - https://www.renovar-manipulador-alimentos.es/envasado-en-alimentacion/

Capítulo 598

PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: INGREDIENTES QUE PUEDAN CAUSAR ALERGIA O INTOLERANCIA Y SE UTILICEN EN LA FABRICACIÓN O ELABORACIÓN DEL ALIMENTO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

1 Introducción

El etiquetado de los alimentos es su tarjeta de presentación al consumidor y sirve como apoyo para ayudar a éste a decidir si un alimento nos conviene o no para comprarlo en base a nuestras necesidades y gustos.

El etiquetado debe incluir en todo caso la denominación legal del alimento, la que indica la legislación vigente o en su defecto la denominación habitual del alimento basada el los usos y costumbres del país del consumidor, de forma que no necesite más aclaraciones.

En el caso de que no se faciliten alguna de estas dos, es necesario que tenga una denominación descriptiva, en la que el consumidor pueda conocer la naturaleza del alimento y distinguirlo de otros artículos similares con los que se pueda llegar a confundir.

La Lista de ingredientes se indica siempre bajo el título de "ingredientes" en el etiquetado o se menciona con una frase que contenga esa palabra.
En ella deben de figurar todos los ingredientes que contiene el alimento en orden decreciente de peso.

Estos ingredientes deben figurar siempre con su denominación específica, salvo algunas excepciones donde se pueden designar por categorías. Estas excepciones se recogen en el reglamento, así como también las denominaciones específicas para aditivos, aromas y enzimas.

2 Objetivos

Conocer los Ingredientes que puedan causar alergia o intolerancia y se utilicen en la fabricación o elaboración del alimento, y que deben aparecer en el etiquetado.

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

Todos aquellos ingredientes que puedan ocasionar en el individuo una intolerancia alimentaria o una alergia alimentaria deben de figurar de forma obligatoria en el etiquetado del alimento, en concreto en la lista de ingredientes, con una denominación clara de la sustancia, y con una tipografía que la destaque del resto de la lista de ingredientes, como por ejemplo, en negrita o con otro color.

En caso de que en el etiquetado no se especifique una lista de ingredientes, deberá aparecer con la palabra CONTIENE + el nombre de la sustancia o producto.

Se considera información alimentaria voluntaria aquella sobre la posible presencia no intencionada en el alimento de sustancias o productos que causen alergias o intolerancias.

Los productos que pueden causar alergias o intolerancias, y que actualmente se consideran de declaración obligatoria son:
• Cereales que contengan gluten.
• Crustáceos y productos a base de crustáceos.
• Huevos y productos a base de huevo.
• Pescado y productos a base de pescado, salvo gelatina de pescado.
• Cacahuetes y productos a base de cacahuetes.
• Soja y productos a base de soja salvo aceite y grasa de semilla refinados, tocoferoles, fitoesteroles y esteres de fitoesterol y esteres de fitostanol.
• Leche y sus derivados (incluida la lactosa) salvo el lactosuero y el lactitiol.
• Frutos de cáscara y productos derivados.
• Apio y productos derivados.
• Mostaza y productos derivados.
• Granos de sésamo y productos a base de granos de sésamo.
• Dióxido de azufre y sulfitos en concentraciones superiores a 10 mg/kg o 10 mg/litro.
• Altramuces y productos a base de altramuces.
• Moluscos y productos a base de moluscos.

Los alimentos deberán indicar la cantidad de un ingrediente o de una categoría de ingredientes utilizadas en su fabricación o la preparación en caso de que el ingrediente o categoría de ingredientes de que se trate:
• Figure en la denominación del alimento o el consumidor lo asocie normalmente con dicha denominación.
• Debe figurar en el etiquetado por medio de palabras, imágenes o representación gráfica.
• Es esencial para poder definir el alimento y para distinguirlo de otros artículos con los que se pudiera confundir a causa de su denominación o de su aspecto.

5 Discusión-Conclusión

Existen algunos ingredientes que por su capacidad de poder producir alergias sobre el individuo con una mayor frecuencia deben de figurar en el etiquetado y envasado de los alimentos.

Hemos visto cuáles son algunos de estos alimentos: cereales, huevos, crustáceos, cacahuetes, soja, leche, frutos secos, mostaza, granos de sésamo, moluscos, dióxido de azufre, pescado …

Como pinches de cocina que elaboran los platos en el servicio de cocina de los centros hospitalarios que después son llevados al paciente, debemos de conocer cuáles son, ya que es bastante común encontrarnos con dietas de pacientes que tienen alergia a algún alimento, y que por tanto no puedan llevarlo.

6 Bibliografía

1- etiquetado de alimentos - https://www.fao.org/food-labelling/es/
2- alergia alimentaria - https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000817.htm
3- la alergia a los alimentos - https://www.fbbva.es/alergia/alergia-a-los-alimentos/
4- alergia alimentaria - https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/alergia-alimentaria

Capítulo 599

EL PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: TRATAMIENTOS FÍSICOS PARA LA CONSERVACIÓN DEL ALIMENTO: EL CALOR

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

1 Introducción

Los tratamientos físicos son aquellos que permiten almacenar el alimento durante un periodo de tiempo mayor, pero sin modificar su composición interna.

La conservación es una técnica empleada para alargar la vida útil de los alimentos, así como para permitir un adecuado almacenamiento de los que hayan sido procesados.

El método de conservación que se utilice aportará unos efectos u otros, en función de si se quiere eliminar, restringir o frenar la actividad de los microorganismos patógenos, impidiendo que se lleven a cabo reacciones de tipo enzimáticas, físicas o químicas que provocarían cambios tanto en la estética como en la composición del alimento (es decir, una alteración).

La conservación de alimentos se puede realizar de diversas formas:

• Que los alimentos se encuentren en un medio aséptico, es decir, que impidan que los microorganismos los alcancen.
• Mediante la eliminación de microorganismos que ya estén presentes en el alimento.
• Introducir los alimentos en un recipiente cerrado mediante vacío para eliminar el contenido en oxígeno del envase.
• Conservar el alimento mediante la aplicación de bajas temperaturas.
• Mediante la eliminación del agua que contenga el alimento por procesos de desecación o deshidratación.
• Adicionar componentes químicos.
• Mediante irradiación.

2 Objetivos

Conocer como pinche de cocina en sanidad algunas cuestiones básicas acerca de los métodos de conservación de los alimentos, en este caso de la aplicación de métodos físicos como el calor, como parte esencial de nuestra formación laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La aplicación de altas temperaturas afecta negativamente al crecimiento y desarrollo del microorganismo, debido a que se produce la coagulación proteica con la consiguiente inactivación de la actividad enzimática y, por tanto, no pueden llevar a cabo correctamente los procesos metabólicos y mueren. En resumen, el empleo de calor sobre los alimentos actúa de la siguiente manera:
• Evita que se multipliquen los microorganismos.
• Las formas vegetativas mueren debido a la incapacidad de llevar a cabo procesos metabólicos.

• Se produce la destrucción de esporas.

Hay que tener en cuenta que no todos los microorganismos se destruyen a la misma temperatura ni tardan el mismo tiempo en ser destruidos. Esto es muy importante, ya que cuando se quiere aplicar un tratamiento térmico, es esencial que la carga microbiana inicial del alimento sea baja, para asegurarnos que todos los microorganismos serán destruidos. También es importante tener en cuenta que la velocidad con la que se destruyen los microorganismos dependerá de la temperatura que se emplee, ya que cada uno presenta una resistencia específica.

La termorresistencia, es decir, la capacidad que posee un organismo para resistir a altas temperaturas dependerá de:
• Relación temperatura-tiempo, ya que, a mayor temperatura, menos tiempo de destrucción de esporas o formas vegetativas.
• Carga inicial de patógenos sobre el alimento. Si esta cantidad de microorganismos es muy elevada, se deberá alcanzar una temperatura mayor para asegurar la destrucción completa de los microorganismos.
• El tipo de alimento, ya que el crecimiento de microorganismos dependerá de la cantidad de nutrientes que posea el alimento, la concentración salina o la cantidad de agua entre otros.
• Temperatura de incubación, fase de crecimiento, pH del medio en el que se encuentren los microorganismos, etc.

Cuando se emplea calor para la destrucción de microorganismos, se suele aplicar una temperatura concreta durante un tiempo determinado para destruir las formas presentes en el alimento, o para evitar que se produzca el desarrollo de microorganismos.

La cantidad de calor que se aplique dependerá del tipo de alimento, es lo que ocurre en el caso de la leche, que solo puede ser calentada hasta una cierta temperatura y, si esta se sobrepasa, pueden aparecer modificaciones en el sabor. Cuanto mayor sea la temperatura, mayor cantidad de cepas serán destruidas y, en caso de no poder sobrepasar una determinada temperatura y que no se puedan destruir todos los microorganismos, al menos eliminar aquellos que sean potencialmente nocivos para la salud del individuo.

5 Discusión-Conclusión

La conservación de los alimentos puede realizarse de varias formas, mediante métodos físicos, tratamientos químicos, tratamientos con radiación, etc.

En los métodos físicos uno de los más empleados es la utilización de calor, las altas temperaturas hacen que no proliferen los microorganismos, haciendo que mueran.
No todos los microorganismos mueren a la misma temperatura, cada uno tiene sus propias condiciones de supervivencia, así como también debemos tener en cuenta las características del alimento y la temperatura que puede soportar antes de desnaturalizarse y perder sus propiedades.

Esto es esencial que lo conozcamos si trabajamos en una cocina, y aún más si cabe en un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1- calor, frío y alimentos - https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/dieta-alimentacion/nutricion-familiar/san005069wr.html
2- conservación de alimentos por calor - https://www.naturalcastello.com/es/conservacion-alimentos-calor/
3- conservar alimentos mediante calor - https://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/conservar-alimentos-mediante-calor.html
4- alimentos tratados por calor - https://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/alimentos-tratados-por-el-calor.html

Capítulo 600

COMO UN HIGIENTISTA DENTAL PUEDE AYUDAR A UN PACIENTE ONCOLOGICO.

ELSA CHAIGNEAU TOMAS

NOELIA IGLESIAS SILVA

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

CAROLINA RUIZ CAMPALLO

1 Introducción

La actual evidencia científica que es utilizada para la lucha contra la temible enfermedad del cáncer, especialmente cuando se trata de cánceres de cabeza o de cuello, está compuesta por el uso simultáneo de técnicas como la radioterapia, la quimioterapia o las terapias génicas, las cuales y al ser tan invasivas, producen ciertas modificaciones en los tejidos que protegen la boca y sus mucosas y las glándulas que fabrican la saliva. Esta irrupción agresiva en las células cancerosas y sanas, provocan una alteración en la flora bacteriana bucal que protege a la misma de la formación de procesos infecciosos, de caries o de llagas, entre otras enfermedades.

Es por ello que estos pacientes oncológicos han de tener una atención bien planificada por un equipo multidisciplinar que comprenda desde oncólogos, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos y, cómo no, de los profesionales higienistas dentales. Evidentemente la mejor medida preventiva de problemas dentales y bucales tras

estos tratamientos, es haber tenido una buena previa educación en salud bucodental. Pero una vez iniciado estos tratamientos, en ocasiones se han de modificar las dosis o incluso proceder a la interrupción de estos tratamiento con el propósito de evitar complicaciones orales que pueden ser a su vez irreversibles.

2 Objetivos

Como punto de partida a la aplicación previa de tratamientos para la lucha contra el cáncer, es fundamental que el paciente reciba todo tipo de información previa, compresible y razonada respecto de las posibles consecuencias que puede acarrearle a su salud estos tratamientos, y guiarle para conseguir disminuir las posibles contingencias que se puedan desarrollar.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sistemática, sobre literatura científica. se ha realizado una búsqueda de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, scielo y ocronos.

4 Resultados

Ante la escasa literatura científica en los protocolos de prevención en la salud buco-dental directamente relacionados con las secuelas provocadas por los tratamientos agresivos contra el cáncer, debemos trazar una hoja de ruta con unos objetivos bien definidos en la prevención y la promoción de la salud dental. Como primera línea estratégica habría que empezar por tratar todos los problemas existentes con anterioridad a los tratamientos oncológicos. Una detección temprana de estos problemas y en particular por los higienistas dentales, ayudarían a un mayor éxito en la conservación de una salud dental tras la conclusión de los ciclos de quimioterapia y/o radioterapia. Y por supuesto, al igual que antes del tratamiento se ha de prevenir las secuelas, es igual de importante y necesario que al finalizar el mismo, se luche por mantener en buen estado de salud tanto las encías como los dientes, tratando de disminuir en lo posible los efectos secundarios o adversos.
Una buena higiene dental ayuda de manera exponencial a prevenir otros probables problemas graves como son la desnutrición al no poder masticar e ingerir los

alimentos o la deshidratación. Es además necesario destacar que los problemas en la boca por los tratamientos anti-cáncer también pueden afectar a la garganta, complicando todavía más la conservación de la salud de las piezas dentales, la mucosa bucal y una buena salud también tanto de la lengua como de las encías, dentina, calcio y con ello evitar o paliar tanto problemas con las glándulas salivares, cambios en el sentido del gusto (anosmia) o el dolor causado por caries, desplazamientos de piezas dentales o la pérdida de masa ósea en las mandíbulas, estas últimas imprescindibles para la sujeción de las piezas dentales.

5 Discusión-Conclusión

Una eficaz estrategia en la promoción y la prevención de problemas dentales consiste en la agregación de profesionales en Higiene Dental en las unidades de Oncología y en sus equipos multidisciplinares, con el propósito de adelantarse a las complicaciones que en una gran parte de estos pacientes oncológicos se constatan y en vigilar que los tratamientos con una aplicación directa en la cabeza y garganta no deje grandes secuelas en la boca de los pacientes. Una información continua, clara y sencilla ayudará a que, dentro de la preocupación e incertidumbre que conlleva esta enfermedad, sea lo más llevadera y saludable posible en aras a una pronta recuperación física y mental.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/salud-oral-pacientes-oncologicos/

Capítulo 601

EL HIGIENISTA AYUDANDO AL PACIENTE CON BRUXISMO.

ELSA CHAIGNEAU TOMAS

NOELIA IGLESIAS SILVA

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

CAROLINA RUIZ CAMPALLO

1 Introducción

Las causas del bruxismo siguen siendo hoy día desconocidas, aunque se cree que su origen puede darse por la combinación de elementos genéticos, psicológicos y físicos. El papel del Higienista dental es elemental porque pueden verse comprometidas las piezas dentales y la salud bucal. También puede ocasionar cefaleas, migrañas, dolor en los oídos, episodios de vértigos, y en casos extremos, deformaciones en la cara o dolor en la columna vertebral. Uno de los desencadenantes del bruxismo se asocia a cuadros de ansiedad y de estrés o a trastornos del sueño. Esta enfermedad (que es conocida como la ”enfermedad silenciosa”) tiene una prevalencia bastante alta en el conjunto de la población española - un 70%- y que se manifiesta con una incontrolable forma de apretar la mandíbula, ocasionando una erosión y desgaste en los dientes y el desagradable sonido que produce el rechinar de los dientes.
Hay elementos externos que propician un empeoramiento de esta enfermedad como son el consumo de cafeína, alcohol y tabaco, y que con una reducción o

eliminando por completo estas sustancias de nuestro organismo, pueden revertir en una mejora o beneficio del bruxismo.
El bruxismo leve generalmente no requiere de ningún tratamiento, pero cuando éste es frecuente, produce los daños anteriormente reseñados.

2 Objetivos

Darle recomendaciones al paciente lo más habitual, es el uso de la férula de descarga por las noches para reposicionar los cóndilos y relajar los músculos.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sistemática, sobre literatura científica. se ha realizado una búsqueda de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, scielo y ocronos.

4 Resultados

Hay una parte de la población que desconoce que padece bruxismo por diversas causas, entre ellas dormir solas, no ser conscientes durante la fase del sueño de este fenómeno o no ser alertados por las personas que duermen en compañía. Por lo que es una situación frecuente que, al acudir al odontólogo, sea éste o el higienista dental los primeros profesionales que detecten esta enfermedad al comprobar el desgaste en la superficie de las piezas dentales. Sin embargo, cuando el bruxismo se detecta en niños (bruxismo juvenil) este no es indicador de ninguna enfermedad, sino que responde de manera natural al normal desarrollo del niño en su crecimiento.
En los adultos sí que es causante de diversos problemas, teniendo en cuenta la intensidad y frecuencia con el que se produzca.
Entre las principales consecuencias de esta patología hay que referir el insomnio, el dolor en cabeza, oído y cuello o una agudización de la sensibilidad en los dientes, sobre todo en la ingesta de bebidas frías o calientes y con alimentos muy dulces. Para poder solucionar esta patología, los especialistas en articulación témporo mandibular (ATM) proceden a realizar un diagnóstico ya diseñar un tratamiento personificado, entre los cuales se puede optar tanto por el uso de férulas de descarga, que son unas prótesis realizadas con moldes a medida, para

usarlas durante el sueño, o realizar rehabilitación protésica, esta última en casos muy avanzados, en las que se rehabilitan las piezas dentales proféticamente. El higienista dental ocupa un lugar crucial tanto en la detección y seguimiento de la enfermedad, como en los cuidados posteriores, para proteger el desgaste de las piezas dentales y colaborar junto al odontólogo en la restitución de las piezas desgastadas.

5 Discusión-Conclusión

Al tratarse de una patología cuyas causas siguen siendo desconocidas y no existe un tratamiento eficaz contra el mismo, sí podemos hacer una serie determinada de recomendaciones para paliar y en algunos casos, solucionar este problema, entre ellos se puede aplicar calor o hielo en la mandíbula como efecto calmante, evitar los alimentos de consistencia muy dura, no mascar chicles, beber mucha agua, aumentar la ingesta de calcio en la dieta y realizar estiramientos de los músculos que comprometen la boca.
Y todas estas medidas acompañadas del uso de una férula de descarga ayudan a una evolución favorable de esta enfermedad silenciosa.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/estres-bucal-bruxismo/
MedlinePlus (abril de 2008). «Bruxismo». Enciclopedia médica en español
«Bruxismo: prevención, diagnóstico y tratamiento de vanguardia
Cairo Valcárcel, Eduardo (2010): «¿Rechina usted los dientes mientras duerme?»
https://books. google.es/books?id=jI4gngEACAAJ&dq= BRUXISMO

Capítulo 602

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

En los centros hospitalarios trabajan muchos auxiliares administrativos. En la unidad de codificación tiene sus peculiaridades, ya que es una tarea de gran importancia.

La codificación sanitaria es una herramienta imprescindible para el sistema de información del Sistema Nacional de Salud. Tiene como finalidad proporcionar datos homologables y fácilmente comparables sobre la salud. Es decir, facilitar la comunicación de los datos, su almacenamiento y la posterior recuperación. Esto es muy importante para sanitarios, usuarios, epidemiólogos, investigadores y re-

sponsables políticos, facilitando la comprensión y seguimiento de los problemas de salud, con el fin de comparar, evaluar y mejorar la sanidad.

Un auxiliar administrativo en una unidad de codificación del hospital debe realiza estas tareas garantizando la protección de datos de los pacientes, trabaja con datos anónimos de forma segura. Ayuda en el registro de información sanitaria, esto son tareas delicadas, ya que hay elementos de gran importancia en la codificación como diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Un auxiliar administrativo es responsable de una variedad de tareas administrativas en una unidad de codificación del hospital, también pueden ayudar al resto de personal de codificación en el mantenimiento de registros (1). El auxiliar administrativo en la unidad de codificación debe ser capaz de realizar múltiples tareas y priorizar de manera efectiva para mantener la eficiencia del departamento.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:
1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la unidad de codificación en los centros hospitalarios.
2. Establecer los elementos y normas de uso comunes al hacer la codificación.
3. Favorecer la codificación de la información del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

Un auxiliar administrativo en una unidad de codificación brinda ayuda al personal de codificación, sus funciones pueden variar según el tamaño y la estructura del departamento, pero generalmente incluyen, el mantenimiento de registros y archivos, el manejo de la correspondencia y la prestación de servicio al paciente. El auxiliar administrativo también sirve como enlace entre el personal

de codificación y otros departamentos dentro del hospital, como facturación o registros médicos (2).
Es importante tener una formación básica sobre el proceso de codificación y fundamental que se implique a los profesionales de Sistemas de Información y Control de Gestión del hospital, que vayan a codificar. Para ello, debemos tener claro de qué estamos hablando de la importancia de una codificación lo más correcta posible. Es esencial un esfuerzo conjunto entre clínicos y codificadores para lograr una documentación, codificación y recuperación de la información completa y precisa. El auxiliar administrativo debe trabajar de forma correcta teniendo en cuenta lo que se quiere codificar, la mejor descripción del diagnóstico principal y los secundarios, así como los procedimientos. Así facilitaremos la labor a los profesionales que se encargan de la codificación, y ello conducirá a una mejora segura de la actividad de codificación. Es importante que la información se recoja con la máxima fiabilidad y exactitud, por lo que es necesario estar al día de las actualizaciones periódicas.
Para que realmente la codificación influya en la gestión clínica por procesos, es fundamental que los responsables de las unidades conozcan estas herramientas, así el auxiliar administrativo en la unidad de codificación debe ser responsables de la entrada de datos, el mantenimiento de registros y la actualización. Esta documentación incluye, entre otros, registros médicos, registros de pacientes y manuales de codificación. El auxiliar administrativo se asegura de que estos documentos estén debidamente archivados y de fácil acceso para el personal de codificación. (3).

Las habilidades interpersonales y de comunicación sólidas también son esenciales en este rol, ya que el administrador interactuará diariamente con el personal de codificación, los profesionales médicos y los pacientes. Un auxiliar administrativo en la unidad de codificación de un hospital generalmente tiene otras responsabilidades, además de codificar los registros de los pacientes. Estos pueden incluir el mantenimiento de registros de la productividad del personal de codificación, la preparación de informes sobre la precisión y el cumplimiento de la codificación y la capacitación de nuevos codificadores.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en la unidad de codificación es responsable de una variedad de tareas. Se aseguran de que los registros médicos estén codificados correctamente y que la información del paciente se ingrese correctamente en el sistema.

También supervisan el proceso de codificación para garantizar la precisión y el cumplimiento de las normas. Además, brindan apoyo a los codificadores y otro personal según sea necesario.

El auxiliar administrativo realiza tareas en la unidad de codificación, ayudando a que la competencia general para que en la unidad definan y organicen los procesos de tratamiento de la información y documentación clínica, extrayendo y registrando datos, codificándolos y validando la información, garantizando el cumplimiento de la normativa, así como intervenir en los procesos de atención y gestión de pacientes y de gestión administrativa en centros sanitarios.

Esto supone un esfuerzo por unificar el lenguaje que se utiliza en la práctica clínica. Es preciso que la codificación se realice correcta y consistentemente para obtener resultados que reflejen la actividad real que se realiza en un servicio y lo que cuesta. Para que realmente la codificación influya en la gestión clínica por procesos, es fundamental que los responsables de las unidades conozcan estas herramientas

Por tanto, el auxiliar administrativo en la unidad de codificación juega un papel importante para garantizar que la codificación del hospital sea precisa y compatible. Su conocimiento de la terminología médica y su experiencia con el proceso de codificación los convierte en un activo invaluable para el equipo. Con su ayuda, la codificación del hospital puede funcionar sin problemas y de manera eficiente. Un auxiliar administrativo en una unidad de codificación del hospital es responsable de una variedad de tareas. Son responsables de ayudar en los registros médicos, realizan funciones para la codificación, diagnósticos y procedimientos.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/
2. https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario
3. https://revistamedica.com/confidencialidad-datos-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/

Capítulo 603

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

El auxiliar administrativo es responsable de una variedad de tareas en los centros hospitalarios. Sus funciones son contestar teléfonos, archivar documentos, programar citas y mantener la oficina organizada. También, tramitan las peticiones de las ambulancias siguiendo las indicaciones marcadas por los médicos para los pacientes, como tratamos en este capítulo, en definitiva, la gestión de los traslados.

El auxiliar administrativo tramita la petición de la ambulancia, siguiendo las instrucciones del médico o especialista, ya que dicha petición estará indicada por los profesionales sanitarios para el traslado del paciente desde un centro sanitario

o desde su domicilio, también cuando la atención sanitaria que precise (diagnóstica y/o terapéutica) no se pueda prestar en los centros sanitarios de la propia área y sea preciso su traslado.
La petición de ambulancia que gestiona el auxiliar administrativo, se puede solicitar para el traslado del paciente a:
• Otros hospitales
• Hospitales públicos de otros servicios de salud
• Centros sanitarios concertados
• Domicilio del paciente

Un auxiliar administrativo en un entorno hospitalario, tramita las gestiones necesarias, para efectuar los traslados sanitarios de los pacientes. En definitiva, solicita el servicio ambulancia, siempre consiste en el desplazamiento por causas exclusivamente clínicas de pacientes cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte y que, por tanto, precisa realizarse en vehículo especialmente acondicionado al efecto.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:
1. Explicar las actividades que debe realizar un auxiliar administrativo en la unidad de traslados en el ámbito hospitalario.
2. Establecer coordinación con diversos especialistas del centro hospitalario para coordinar los servicios de traslados.
3. Favorecer eficacia del traslado de pacientes cuando sea necesaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

En la actividad sanitaria de los hospitales, se atiende a pacientes de área, que comprende diferentes localidades, por lo tanto, es necesario hacer desplazamientos.

El auxiliar administrativo se encarga de tramitar la petición, siempre será por prescripción de su médico de familia o médico especialista, atendiendo a causas estrictamente sanitarias.
Tienen el auxiliar administrativo, también gestiona la prestación de este servicio las personas enfermas o accidentadas a las que se lo prescriba un médico, cuando reciban asistencia sanitaria del, en centros propios o concertados y que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no puedan utilizar transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, en caso de que persistan las causas que justifiquen su necesidad. Pueden ir acompañados cuando la edad o situación clínica del paciente lo requiere.
El servicio de transporte sanitario, se presta dependiendo de las circunstancias de los pacientes, con los siguientes recursos:
• Ambulancias de traslado individual, en las que realizan el traslado de un paciente, tanto en camilla como en su propia silla de ruedas.
• Ambulancias de traslado colectivo posibilitan el traslado varios pacientes simultáneamente.
La petición de ambulancia que gestiona el auxiliar administrativo, se puede solicitar para el traslado del paciente a otros hospitales, a hospitales públicos de otros servicios de salud, a centros sanitarios concertados o al domicilio del paciente.

También se pueden solicitar vehículos que cuenten con desfibrilador externo, equipo de oxígeno portátil, silla de traslado y evacuación, todo depende de la prescripción que haga el facultativo.
El auxiliar administrativo debe tener habilidades organizativas, empatía y comunicarse de manera asertiva, para garantizar que la unidad de traslados funcione sin problemas y de manera eficiente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es normalmente el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias. Deben ayudar e informar a los pacientes, contestar las llamadas telefónicas y derivarlas al personal sanitario correspondiente. Además, deben ser responsables de programar citas y tramitar las peticiones que le requiera el personal sanitario. Un auxiliar administrativo debe ser capaz de realizar múltiples tareas y tener excelentes habilidades de comunicación.

Un auxiliar administrativo en un entorno hospitalario tiene muy diferentes tareas y juegan un papel importante para garantizar que el hospital funcione sin

problemas y de manera eficiente.

Contar con una gestión eficaz, conlleva a alcanzar los mejores los resultados. El auxiliar administrativo debe realizar la gestión de petición de ambulancias para traslados de pacientes, siguiendo en todo momento las indicaciones del facultativo y se comunicara con el servicio de ambulancias, si fuera necesario, con tiempo para informar de cualquier cambio que afecte al traslado.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/funciones-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/personal_estatutario.htm
3. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf

Capítulo 604

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA AUXILIAR EL ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

El departamento de mantenimiento en un hospital es responsable de que todo funcione con normalidad. El auxiliar administrativo juega un papel importante en el apoyo a estas funciones. Los auxiliares administradores cooperan con el equipo de trabajo de la unidad, control de registros y suministros, también ayuda siguiendo indicaciones de los propios a empleados de la unidad. Interactúan con otros departamentos del hospital, para asegurar que la unidad de mantenimiento solucione los problemas y averías que se produzcan de las diferentes unidades del hospital.

El auxiliar administrativo en un entorno hospitalario en la unidad de mantenimiento, es la persona es responsable de garantizar que todos los avisos del hospital estén debidamente tramitados y realizados por quién le corresponda dentro de la organización. El auxiliar administrativo trabaja en estrecha colaboración con el equipo de mantenimiento del hospital para garantizar que se sigan todos los controles, revisiones y procedimientos oportunos. Además, es responsable hacer las gestiones oportunas para que cualquier problema o incidencia planteada por el personal en su entorno de trabajo sea resuelta.

El auxiliar administrativo juega un papel fundamental, realizando sus funciones ayuda a garantizar que el hospital funcione sin problemas y de manera eficiente al encargarse de muchas tareas importantes. Sin ellos, la unidad mantenimiento se vería abrumada y no podría operar de manera efectiva.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:
1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la unidad de mantenimiento en ámbito hospitalario.
2. Establecer coordinación con diversos profesionales de la unidad de mantenimiento.
3. Ayudar a que el hospital funcionamiento con normalidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de mantenimiento en un entorno hospitalario ayuda al funcionando normal y eficaz, es decir, sin problemas. Son responsables de una variedad de tareas, el mantenimiento de partes de incidencias, pasar dichas incidencias a los empleados que corresponda, gestionar la adquisición, control y registro de suministros y herramientas necesarias, hacer un seguimiento de los

partes de averías. El auxiliar administrativo colabora con el resto del personal del departamento. Además, también ayudan con proyectos especiales o eventos que estén siendo organizados por otros departamentos.

El auxiliar administrativo del departamento de mantenimiento de un hospital se encarga de realizar hacer las funciones precisas para que los controles de prevención de riesgos, se realicen en su fecha. Su trabajo garantiza que el proceso de mantenimiento se desarrolle sin problemas y de manera eficiente.
El auxiliar administrativo también puede ayudar que se realicen cursos específicos para capacitar a personal del hospital, para el mantenimiento y conservación de determinadas instalaciones o herramientas y que estén informados sobre las políticas y los procedimientos hospitalarios. El entorno hospitalario puede ser extremadamente acelerado y caótico, por lo que es crucial que los nuevos empleados reciban la capacitación y el desarrollo adecuados para tener éxito. El auxiliar administrativo de mantenimiento, trabaja en estrecha colaboración con la unidad de recursos humanos para garantizar que los nuevos empleados estén debidamente capacitados.

En general, las funciones realizadas en mantenimiento son muy necesarias para los hospitales y otras organizaciones y por lo tanto las funciones del auxiliar administrativo en este departamento también. Al hacer el seguimiento de los problemas e incidencias y documentar su evaluación, los hospitales pueden asegurarse que se cumplan las expectativas y lograr abordar en un futuro los problemas con una mayor eficacia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo en el departamento de mantenimiento, es responsable de gestionar todo lo referente a averías, problemas e incidencias que haya en el hospital y que impidan su funcionamiento con normalidad. También debe registrar todas actividades, materiales y suministros que se utilicen.

Sin un buen auxiliar administrativo en el departamento de mantenimiento, el hospital no funcionaría correctamente. También es responsable de que el departamento cuente con los suministros y el personal necesario, logrando un funcionamiento con la eficacia y eficiencia.

El auxiliar administrativo en el departamento de mantenimiento cumple una función esencial para conseguir una buena gestión. Son responsables de muchas

cosas, como el manejo de los archivos, el seguimiento y revisiones de material, instalaciones y maquinaria. También juegan un papel clave en los procesos para demandar contratación y formación. El auxiliar administrativo suele ser el primer punto de contacto cuando se da un parte a mantenimiento, por lo que deben ser profesionales cualificados adecuadamente y conocer las políticas del hospital.

6 Bibliografía

1. https://www.talentsalud.es/blog/rrhhhospitales
2. https://blogs.imf-formacion.com/blog/mba/gestion-recursos-humanos-hospitales/
3. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/administracion3.pdf

Capítulo 605

EL CELADOR Y LOS OBJETIVOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS

CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA

PABLO SANCHEZ GARCIA

JORGE GARCÍA GARRIDO

EMILIA MEDINA ZOMEÑO

1 Introducción

Los cuidados paliativos se iniciaron en Inglaterra como filosofía Hospice, y en 1990 la OMS asumió la denominación general de cuidados paliativos como "el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas fisicopsíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes".

Las unidades de cuidados paliativos de los hospitales son necesarias para atender las situaciones más difíciles. Requieren una estructura física que permita el confort de los enfermos, la presencia permanente de la familia (la estancia media habitual es inferior a un mes) y el trabajo cómodo del equipo. Además, es indispensable la presencia de un equipo multidisciplinar completo y con formación

específica, en el que hay médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, etcétera. Esto permite una atención integral al paciente (a nivel físico, emocional, social y espiritual), a la vez que exige competencia profesional.

El equipo multidisciplinar facilita también la disponibilidad de comunicación entre niveles asistenciales y genera seguridad al paciente y a su familia, a la que integra en el equipo terapéutico. Promueve la intimidad, la autonomía y la aceptación del cuidado en el ámbito de la familia.

2 Objetivos

Conocer como personal celador que trabaja en un centro hospitalario, algunas cuestiones básicas acerca de los objetivos que persiguen las unidades de cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Existen unos criterios de ingreso en unidades cuidados paliativos, que son:
• Insuficiencias orgánicas avanzadas de tipo cardiaco, respiratorio, hepático y renal.
• Enfermedades degenerativas del SNC como demencias, Parkinson, ictus, comas, ELA.
• Pacientes geriátricos pluripatológicos terminales.
• Pacientes terminales afectados de SIDA.
• Poliulcerados con inmovilismos irreversibles.

Los objetivos y bases terapéuticas de las unidades de cuidados paliativos son:

• Bienestar: la comodidad del paciente es el objetivo de todo proceso asistencial. La función es mejorar la calidad de vida, disminuyendo el sufrimiento de los pacientes y de sus familiares.
• Atención integral: el paciente y la familia se consideran como una unidad, proporcionando una atención integral e individualizada que tenga en cuenta las necesidades de todos en todos los niveles (físicos, emocionales y espirituales).
• Control de los síntomas: se realiza mediante tratamientos consensuados en función de las repercusiones que provoquen en el paciente.
• Apoyo emocional y comunicación: el control de los síntomas suele ser insuficiente para confortar al paciente. La información acerca del diagnóstico, del tratamiento y pronóstico, así como de las posibles complicaciones, constituye un arma terapéutica primordial. La información facilita que el paciente y la familia desarrollen mecanismos adecuados para luchar contra la enfermedad y el sufrimiento.
Resumiendo, los equipos multidisciplinares proporcionan cuidados médicos, psicológicos, espirituales y emocionales en la fase terminal del paciente y en su entorno familiar y social.

A estos cuidados se les añade, en cualquier caso, una higiene diaria y un cuidado de los ojos. Además, se cuida la boca y las prótesis y se establecen unas normas de alimentación (se flexibiliza el horario de las comidas y la dieta se fracciona en seis u ocho tomas diarias de pequeñas cantidades).

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son aquellos que se realizan ante aquellas enfermedades o patologías que no tienen una respuesta a los tratamientos curativos y que persiguen conseguir el bienestar y la mejor calidad de vida del individuo, evitando el dolor y los efectos secundarios de la enfermedad.

En estas unidades los profesionales celadores también actúan junto al personal sanitario y es importante que conozcan las características del paciente y también los objetivos que se persiguen en estas unidades: bienestar, atención integral, control de los síntomas, apoyo emocional y comunicación, tanto para el paciente como para sus familiares y allegados, siendo empáticos y comprensivos.

6 Bibliografía

1- unidades de cuidados paliativos - https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf
2- unidad de cuidados paliativos - https://www.clinicasanvicente.es/servicios/unidad-de-cuidados-paliativos/
3- unidades de cuidados paliativos - https://www.matiafundazioa.eus/es/centros/hospital-ricardo-bermingham/unidad-de-cuidados-paliativos
4- que son los cuidados paliativos - https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm

Capítulo 606

EL CELADOR Y LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS

PABLO SANCHEZ GARCIA

CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA

JORGE GARCÍA GARRIDO

EMILIA MEDINA ZOMEÑO

1 Introducción

El conflicto es una situación en la que dos o más personas con diferentes intereses entran en conflicto, oposición o llevan a cabo acciones mutuamente contrarias, con el objetivo de dañar o eliminar al otro, también cuando esa confrontación es verbal, con la finalidad de realizar o conseguir su objetivo.

En el entorno sanitario, tienen especial incidencia los sentimientos negativos. El paciente siente desesperación, frustración y rabia, mientras que los sentimientos positivos como la alegría se encuentran con menor frecuencia y no se expresan. Por tanto cada día, los profesionales de la salud se enfrentan a situaciones complicadas.

Es esencial que todos los trabajadores que trabajan en el entorno sanitario dispongan de las herramientas necesarias para saber cómo actuar ante este tipo de situaciones.

En todo caso es importante siempre no perder la calma, y si el paciente se pone agresivo, intentaremos avisar al resto de compañeros o al personal de seguridad del centro para que solucionen el problema.

Es importante también destacar la importancia de las hojas de reclamaciones y del servicio de atención al usuario que hay en todos los centros y cuya finalidad es intentar resolver todos los problemas de la población con respecto a la gestión de la asistencia.

2 Objetivos

Conocer como personal celador como poder solucionar los conflictos en el ámbito sanitario, dando herramientas útiles para esta finalidad y evitando así situaciones desagradables para el personal y el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

TÉCNICAS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS:

• Responder a objeciones y réplicas: es necesario escuchar al paciente, mostrando nuestro acuerdo o desacuerdo, manteniéndonos fieles a nuestras convicciones e ideas.
• Hacer críticas constructivas para conseguir que el paciente modifique alguna conducta, sin hacer daño a la persona e intentando que no se cierre a comunicarse con nosotros.

•Explicar al paciente las cosas que necesita cambiar o mejorar.
• Describir la situación y/o conducta criticada.
• Expresar nuestros sentimientos con mensajes de tipo "yo…", es decir, hablar en primera persona.
• Sugerir o pedir cambios con el mismo tipo de lenguaje. Debemos ser directos y asertivos, defendiendo nuestras convicciones y respetando los derechos de los demás.
• Elogiar y agradecer la aceptación de la crítica.
• Nosotros también debemos recibir y escuchar las críticas del paciente.
• Escuchar al paciente sin intereumpir.
• Decidir un acuerdo total o parcial.
• Agradecer la crítica.
• Según el caso de cada individuo, nos comprometemos a cambiar, proponemos alternativas o negamos de forma asertiva las críticas no adecuadas.
• Afrontar la hostilidad.
• Finalmente, en la fase de enlentecimiento, parece que nos venimos abajo. Después de este momento, podemos ser más receptivos y valorar si realmente es una amenaza. Así, la situación se va calmando y se vuelve razonable, como al principio. Para el manejo de estas situaciones, es importante:
- Validar al otro, hacerle ver que entendemos su irritación.
- Escuchar atentamente sin interrupciones.
- Mantener una actitud dialogante, sin estereotipos ni juicios previos.
- Usar un tono de voz bajo y lento.
- Hablar en un lugar privado donde el paciente se sienta seguro.
- Sentarse y hablar con calma.
- Entender a la otra persona, estemos de acuerdo o no con ella.
- Expresar nuestros sentimientos y recordar a la otra perso- na que no hace falta llegar a esta situación extrema.
- En caso de no conseguir reconducir la situación, pedir ayuda.
• Afrontar el escepticismo y el desánimo: el profesional sanitario debe escuchar y empatizar. Dependiendo de la situación, podemos ayudar al paciente a evaluar lo que lo conduce a ese estado de desánimo o hacerlo reír.
• Resolver conflictos interpersonales: el primer paso es creer en las propias capacidades para solucionar estas situaciones. También hay que comprender que los sentimientos, necesidades e intereses de los otros son legítimos y que los propios no son los únicos.
- Preparar la situación: buscar el lugar y el momento adecuados para iniciar la conversación.

- Definir el conflicto: identificar las posturas iniciales y los elementos contrapuestos.
- Ofrecer alternativas, evaluarlas y negociar la mejor solución.
- Llevar a la práctica la solución acordada y comprobar si funciona.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica pretendemos dar herramientas útiles al personal celador ante la resolución de conflictos en el ámbito sanitario.

En muchas ocasiones por la naturaleza de las patologías de los pacientes, los sentimientos de estrés, inseguridad, desconocimiento, ansiedad etc que provoca esta nueva situación, los pacientes y sus familias se encuentran más irritables y pueden surgir conflictos con el personal que los cuida.

Es importante intentar siempre mantener la calma, ofrecer soluciones, intentar llegar a un acuerdo, recibir y agradecer las críticas (ya que nos ayudan también a mejorar), describir las situaciones y escuchar las emociones del paciente y sus familiares …

6 Bibliografía

1- la humanización de los conflictos sanitarios - https://plataformaredes.es/2021/01/04/la-humanizacion-de-los-conflictos-sanitarios-presente-y-futuro-de-los-sistemas-alternativos-de-resolucion/
2- resolución de conflictos en el ámbito sanitario - https://biotyc.nubily-educa.com/educa/resolucion-de-conflictos-en-el-ambito-sanitario/menu.html?account=biotyc
3- curso en conflictos sanitarios - https://www.google.com/amp/s/www.euroinnova.edu.es/curso-resolucion-conflictos-sanitarios/amp
4- solución de conflictos en el sistema de salud - https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-80722019000200043&script=sci_arttext

Capítulo 607

EL CELADOR EL SALUD MENTAL: LAS TERAPIAS DE GRUPO

MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS

CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA

PABLO SANCHEZ GARCIA

JORGE GARCÍA GARRIDO

EMILIA MEDINA ZOMEÑO

1 Introducción

Tanto la psicoterapia de grupo tienen como objetivo principal ayudar a las personas que quieren mejorar sus habilidades sociales para poder afrontar de forma más adecuada los problemas de la vida diaria.

La psicoterapia de grupo pretende, por tanto, ayudar a los asistentes a superar las dificultades emocionales y favorecer su desarrollo personal.

La elección de los integrantes para la terapia es tarea del terapeuta y se realiza teniendo en cuenta las influencias que puede tener unos miembros sobre otros.

Existen algunos colectivos más susceptibles para la realización de terapias de grupo, como, por ejemplo, exalcohólicos, pacientes psicológicos, víctimas de violencia de género o retirados de guerra, etcétera.

En la terapia de grupo se exteriorizan y comparten problemas personales que se quieren o necesitan afrontar. Los participantes pueden compartir aquellas situaciones que les han causado un daño en un tiempo determinado (por ejemplo, desde la última sesión) y cómo respondieron ante estas situaciones.

Asimismo, se pueden comentar situaciones de la sesión anterior o los ejercicios planteados por el terapeuta. Los demás integrantes mientras tanto pueden mostrar reacción a las palabras del compañero, dando su confirmación, crítica o apoyo, o simplemente limitarse a compartir sus pensamientos y sentimientos.

Los temas para debatir no los determina siempre el terapeuta, también pueden surgir por parte del grupo.

2 Objetivos

Conocer como celador que trabaja en un centro sanitario en el servicio de salud mental algunas cuestiones relacionadas con las terapias de grupo.

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 terapia o psicoterapia de grupo basa el trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales, de manera que se da un apoyo para afrontar los problemas personales e interpersonales en el grupo.

El grupo puede ser una fuente de apoyo y fortaleza en momentos de estrés para sus integrantes, de forma que no se sientan solos con sus problemas.

La expresión dinámica de grupos tiene diversos significados, por una parte se refiere a todo conjunto de conocimientos teóricos para poder definir, delimitar y dar una razón de naturaleza científica a las dificultades del grupo, definiéndolos

con claridad, así como sus clases, sus procesos y todas las demás circunstancias que los conforman.

Las dinámicas de grupo por otra parte estimulan la motivación, la creatividad o el dinamismo de todos sus integrantes.

Dentro de los grupos, se diferencian 4 prototipos clásicos de miembros, según su rol, son:
• Portavoz: es el responsable de una organización y es el que se dirige a un grupo.
• Chivo expiatorio: persona o grupo sobre el que redirigen su agresión las personas frustradas. Se conoce también como el cabeza de turco.
• Líder: el individuo que es capaz de influir en la forma de ser de las personas o en un grupo de personas determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo en el logro de metas y objetivos.
• Saboteador: el que modifica, destruye, obstruye o interviene en una operación ajena con el propósito de obtener algún beneficio para uno mismo.

La dinámica grupal cuenta con unas etapas de desarrollo:
• Formación: se mantienen distanciados los integrantes y trabajan juntos solo si es necesario.
• Turbulencia: hay mucha discusión y conflicto destructivo.
• Normatividad: dedican tiempo a socializar, intentando llevarse bien.
• Ejecución: hay comunicación abierta y apoyo mutuo. Ya hay productividad.

En un grupo se dan también una serie de fuerzas internas que condicionan su dinámica grupal, como el liderazgo, la motivación, las metas comunes, la productividad y las relaciones.

5 Discusión-Conclusión

Las terapias de grupo en el ámbito sanitario son una herramienta muy utilizada en los servicios de salud mental como método de psicoterapia.

En ellas los pacientes exponen sus problemas ante un grupo, guiados por un psicoterapeuta, lo que crea una comunidad de apoyo y confianza donde se sienten seguros.

Como personal celador es importante también que conozcamos estos métodos, ya que en ocasiones nosotros estamos en ellos como personal de vigilancia y control de los pacientes.

El paciente de salud mental tiene ciertas peculiaridades que debemos conocer, y es necesario también estar atentos ante posibles cambios de los individuos.

6 Bibliografía

1- la terapia de grupo - https://farmacosalud.com/la-terapia-de-grupo-herramienta-para-tratar-a-los-profesionales-sanitarios-afectados-emocionalmente-por-el-covid-19/
2- terapia de grupo - https://www.miryanwodnik.com/terapia-de-grupo-sanitarios
3- terapia de grupo - https://www.medicinaintegrativa.com/salud-mental-terapia-de-grupo
4- terapia de grupo - https://www.mundopsicologos.com/diccionario-psicologico/terapia-de-grupo

Capítulo 608

CÓMO GESTIONAR RECLAMACIONES EN BOLSA DE TRABAJO SELECTA DEL SERVICO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA. FORMA CORRECTA DE HACERLA

TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ

MARIA TERESA VICO EGEA

1 Introducción

Con los representantes de la Administración del SESCAM y las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de la Negociación de Sanidad, se constituye el Pacto sobre Selección de Personal Temporal, que tiene por objeto desarrollar la provisión de plazas con carácter temporal por el sistema de selección de personal temporal para Instituciones Sanitarias y para Centros Asistenciales dependientes del SESCAM, a través de la Bolsa Única SELECTA de trabajo.

En esta Bolsa de trabajo temporal, para poder hacer una reclamación de la convocatoria que está en vigor, en primer lugar el aspirante debe de haber hecho la solicitud de esa convocatoria, con su usuario, que será el DNI o NIE, con todos los números y la letra en mayúscula, sin espacios y la contraseña que el aspirante puso cuando se dio de alta en Bolsa. Una vez hecha la solicitud y haber subido los archivos correspondientes, tanto en requisitos, que son el D.N.I., el título que da acceso a la categoría, etc., para no salir excluido, como en los demás apartados de

méritos, que serían Experiencia Profesional, Formación Continuada, Docencia, Investigación, etc., que le darán la puntuación. Dentro de la aplicación Selecta hay un apartado para poder hacer reclamaciones, dentro del plazo establecido para la realización de las mismas.

2 Objetivos

Ofrecer información relevante para garantizar estar en bolsa Única Selecta del SESCAM
Conocer los requisitos para no salir excluido, siempre que haya aportado los documentos necesarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de manuales y de los órganos encargados del seguimiento y control del pacto de bolsa del SESCAM, aparte de tener experiencia laboral en el departamento de bolsa Regional.

4 Resultados

Una vez finalizado el plazo de presentación de solicitudes y efectuada la baremación de la convocatoria correspondiente de cada Gerencia, con la puntuación otorgada a cada aspirante, la persona titular de la Gerencia, dictará y publicará Resolución aprobando el listado provisional de la Bolsa de trabajo, concediéndose, para poder efectuar reclamaciones, un plazo de diez días hábiles contados a partir del día siguiente a la publicación de los listados provisionales.
Para poder hacer reclamaciones en la convocatoria vigente, si es en la bolsa general, o en la bolsa extraordinaria, la convocatoria debe de estar BAREMADA y salir en los listados provisionales, como que cumple, o que sale excluido porque no cumple alguno de los requisitos y que dan acceso a estar en la bolsa. En la convocatoria, se tendrán en cuenta los méritos aportados desde el 01 de noviembre del año anterior hasta el 31 de octubre de ese año para la bolsa general y en solicitudes de convocatoria extraordinaria (Médicos Especialistas, Enfermera Especialista del Trabajo, Enfermera Especialista Obstétrico Ginecológica y Enfermera de Salud Mental), se computará los méritos presentados hasta el 31 de mayo de ese año. Solo se tendrá en cuenta los méritos que estén dentro del periodo antes

de registrar la convocatoria, que se registra del 01 de junio al 30 de junio para la extraordinaria y del 01 de noviembre hasta el 30 de noviembre para la general. La forma correcta de hacer nuestras reclamaciones en bolsa Selecta, será entrando con nuestro usuario, que es el DNI o NIE y luego nuestra contraseña de la bolsa Selecta.

Si en los listados provisionales salimos excluidos, es porque en algún apartado de requisitos no hemos subido los archivos que se requieren para estar en bolsa, como DNI, Titulación, Especialidad si es el caso, Discapacidad y capacidad funcional (compatibilidad con el puesto de la categoría) si es el caso y para Técnico Superior en Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear y Técnico Superior en Radioterapia el CNS.

Para poder hacer la reclamación en este apartado debemos meternos en el programa de selecta, nos vamos al apartado de gestión de reclamaciones, elegimos, aparte de la convocatoria correspondiente, la categoría que hemos puesto en la solicitud y en Alegaciones, en Apartado seleccionamos requisito y dentro de este, seleccionamos el requisito que falta y subimos el archivo correcto en Examinar. Si el archivo es correcto, se procederá a baremar la solicitud, saliendo como que cumple en el listado definitivo y con los puntos de los méritos que ha aportado.

Si en nuestra convocatoria no salimos excluidos, pero hemos optado a un listado específico para bolsas específicas, siempre que lo hayamos solicitado en la solicitud de esa convocatoria y no salimos en los listados de puestos específicos, debemos de meternos en el programa de selecta, nos vamos al apartado de gestión de reclamaciones, elegimos, aparte de la convocatoria correspondiente, la categoría que hemos puesto en la solicitud y que tiene acceso a esos puestos específicos, seleccionamos requisito, en Alegaciones, en Apartado seleccionamos la bolsa específica en la que queremos hacer la reclamación. Subimos el archivo correcto, si es el caso, en Examinar y se le da a Añadir Alegación. Si queremos hacer más alegaciones en bolsa específica, le damos a continuar y elegimos la bolsa específica que tenemos en la solicitud, en Apartado y seleccionar la bolsa específica en la que queremos hacer la reclamación. Subimos el archivo correcto, si es el caso, en Examinar y se le da a Añadir Alegación. Si solo queremos hacer reclamación de este apartado, después de haber hecho las alegaciones, le damos a Registrar Reclamación en el que nos saldrá un número de registro y la fecha en la que lo hemos hecho.

Si nuestra convocatoria cumple y salimos en los listados provisionales, pero queremos hacer reclamación, habiendo comprobado en gestión de solicitudes, en pun-

tuación baremo, que algún mérito no se ha puntuado por la causa de no procede o que está no procesada (dentro de los méritos de esa convocatoria), elegimos, aparte de la convocatoria correspondiente, la categoría que hemos puesto en la solicitud y en Alegaciones, en Apartado seleccionamos si es Experiencia Profesional SESCAM y NO SESCAM, o Formación Académica, o Formación Especializada, o Formación continuada, o Docencia, o Investigación u Otros Méritos y dentro de cada uno de ellos se desplegará los méritos que hemos hecho en la convocatoria. Elegimos ese mérito que queremos reclamar, subimos el archivo correcto, si es el caso, en Examinar y se le da a Añadir Alegación y así sucesivamente si queremos hacer más, es decir, que no hace falta hacer varias reclamaciones, en una sola se pueden hacer todas las Alegaciones de los méritos que queremos reclamar. Después de haber hecho las alegaciones, le damos a Registrar Reclamación en el que nos saldrá un número de registro y la fecha en la que lo hemos hecho.

5 Discusión-Conclusión

Con el presente capítulo se pretende explicar la manera de hacer un uso correcto por medio de la aplicación de Bolsa de empleo temporal (Selecta) en el apartado correspondiente a "Reclamaciones" que garantice estar en bolsa Única Selecta del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), obteniendo la puntuación correcta según los méritos que el aspirante haya aportado, teniendo la opción de poder subsanar los posibles errores cometidos, tanto por parte del aspirante como por parte de la Administración, en el periodo de tiempo establecido para tal fin, siempre y cuando ese mérito esté creado en la aplicación en la convocatoria correspondiente, ya que de otro modo no tendrá opción de poder ejecutar su derecho a realizar una reclamación, por lo que tendrá que esperar a la siguiente convocatoria para que pueda ser valorado el mérito o méritos que considere oportunos.

6 Bibliografía

- Trabajar en el departamento de Bolsa Regional del SESCAM.
- Manual de Nuevas Funcionalidades necesarias para resolver las reclamaciones de la convocatoria 2015
- Gestión de reclamaciones. Manual de usuario. Versión 1.0

Capítulo 609

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA

MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO

MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES

CONSTANTINA AURA BUDUGA

MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO

CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La planta de ginecología del hospital es una unidad que alberga pacientes femeninas con patologías relacionadas con el aparato reproductor y también para pacientes embarazadas y las mamás que recientemente han dado a luz. Por este motivo, la unidad de ginecología cuenta con las cunas para los bebes recién nacidos, las unidades del paciente, es decir, las habitaciones, y una pequeña sala para lactancia de los recién nacidos.
La planta de ginecología suele estar situada cercana a las consultas de las ecografías ginecológicas y del servicio de paritorio, para en el caso de tener que realizar el traslado a las mismas por el celador sea lo más rápido posible.
El servicio está conformado por las habitaciones de las pacientes, la zona de nidos y los despachos de los médicos especialistas en ginecología, además de trabajar un equipo de profesionales compuesto por enfermeras, tcaes y celadores.

Las pacientes embarazadas ingresan en la unidad porque está próxima la fecha de su alumbramiento o porque tienen alteraciones repentinas durante su embarazo. De este modo, las pacientes pueden ingresar desde los monitores del servicio de paritorio, de las consultas urgentes de ginecología, derivadas del servicio, del servicio de urgencias hospitalarias o por ingresos programados.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la planta de ginecología.
- Conocer las funciones que el celador realiza en la planta de ginecología.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El celador destinado en la planta de ginecología realiza una gran variedad de funciones, a destacar las siguientes:

- Ingresos realizados desde la consulta de urgencia ginecológica de paritorio.

Las pacientes embarazadas que acuden al servicio de urgencias hospitalarias son derivadas, en su totalidad, a la consulta de urgencia ginecológica, situada en el servicio de paritorio, para la exploración correspondiente del ginecólogo o ginecóloga de guardia. En el caso de que el especialista decida que la paciente, por la patología que presente, necesita ingresar en planta, será el celador de la planta de ginecología quien realiza dicho ingreso, bien en silla o en cama, dependiendo de su estado, a la habitación asignada por el servicio de admisión, dando cuenta al personal sanitario de su llegada.

En este caso colabora con el personal sanitario a la colocación y acomodo de la cama y paciente dentro de la habitación, dejando la historia de la paciente en el mostrador de la planta, para su posterior revisión y localización por el personal médico.

- Ingreso después de la realización del parto.
Una vez que la parturienta ha dado a luz en el paritorio, pasa al puerperio, donde será controlada durante el tiempo necesario por el personal del mismo. Una vez finalizado el tiempo necesario en el puerperio, el celador de la planta de ginecología, acompañado por una tcae, realiza el traslado de la presente mamá y el recién nacido, que es llevado en el cuco por la tcae, hasta la habitación correspondiente de la planta, donde colabora con el personal sanitario a su colocación y acomodo de la paciente.
- Ingreso programado desde admisión general.
Las pacientes que ingresan con una fecha de parto programada, esperan en admisión general a que el celador de la planta acuda al servicio para el traslado hasta la habitación asignada. El celador llevará siempre las historias recibidas en el servicio de admisión, dejando a las pacientes en sus oportunas habitaciones, dando cuenta al personal sanitario de su llegada.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en la planta de ginecología es parte fundamental del equipo profesional de la misma, que contribuye a un perfecto funcionamiento del servicio, colaborando con el personal sanitario, en todo momento, con los ingresos que surjan y con las incidencias imprevistas que aparezcan en cualquier momento.
El celador de la planta de ginecología debe tener presente preservar la intimidad de las pacientes que dadas sus características se ven expuestas a la visibilidad de partes íntimas de su cuerpo, y por ello debe procurar realizar los traslados con el máximo respeto y siempre tapando con las sabanas o sabanillas a las pacientes.

6 Bibliografía

1. El celador y la paciente embarazada. Disponible en https://revistamedica.com
2. Funciones del celador en planta. Disponible en https://revistamedica.com
3. El celador en la planta de ginecología. Disponible en https://soyenfermera.com

Capítulo 610

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE UCI PEDIÁTRICA

MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO

MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES

CONSTANTINA AURA BUDUGA

MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO

CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La uci pediátrica conforma otro de los servicios del centro hospitalario. En la uci pediátrica ingresan pacientes, en este caso, niños, desde los 0 años hasta los 14 años, aunque en algunas instituciones sanitarias se amplía la edad hasta los 18 años, con patologías severas que necesitan una constante vigilancia y control por parte del personal sanitario.

En la uci pediátrica se pueden encontrar pacientes con patologías muy diversas, como hipoxia en niños recién nacidos, cardiopatías, problemas neurológicos y cardiológicos, etc., y cualquier otra enfermedad que precise un constante y continuó monitoreo del paciente ingresado en la unidad.

La estructura de la unidad está compuesta por la zona de incubadoras, para los recién nacidos prematuros, la zona de cunas-nidos, para los recién nacidos a término, y la zona de boxes, para otros niños pacientes con otras edades superiores.

La filosofía del binomio madre-hijo siempre está presente en este servicio, pudiendo permanecer la madre con su hijo, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario.
El equipo profesional que desarrollaba su labor dentro de la unidad está conformado por los pediatras, enfermeros, tcaes y los celadores. En el presente capítulo se va a describir el funcionamiento de la unidad y el trabajo que desarrolla el celador dentro de la misma.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de la uci pediátrica.
- Conocer las funciones que ejerce el celador dentro de la unidad de uci pediátrica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico-técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas y webgráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Los celadores destinados en la unidad de uci pediátrica realizan sus funciones con la consecuencia de conocer la clase de paciente que está ingresado en la misma. Entre las variadas funciones que desarrollan se pueden destacar las siguientes:
- Colaboración en los ingresos en la unidad de los niños.

Los ingresos de los pacientes en esta unidad se realizan desde el mismo paritorio, cuando son niños prematuros o niños que presentan alguna malformación o anomalía, trasladando a dicho paciente hasta la misma, el celador de paritorio. En este caso, en donde se ubique al niño en la zona que le corresponda, de cunas-nido o incubadoras, el celador colabora en la colocación y acomodo del niño en su correcto lugar, teniendo la precaución de tenerlas siempre enchufadas a la corriente para que estén en perfecto estado de temperatura las ubicaciones.
Cuando los ingresos se efectúan desde otras unidades del centro hospitalario, el celador actuará del mismo modo, colaborando con su compañero y el resto de personal en la colocación y ubicación del paciente.

- Colaboración con el personal sanitario de la unidad.

En este caso, el celador actuará siempre siguiendo las indicaciones del personal sanitario de la unidad, en el traslado de aparatos de un box u otra zona hacia donde se le indique, en la movilización de las incubadoras o cunas-nido, en la ayuda para sujetar al paciente en inyectables o colocación de vías, etc.

También bajará a laboratorio clínico cualquier tipo de prueba analítica que se le ordene, así como recogerá de farmacia la medicación ordenada por el personal sanitario.

Dentro de las funciones del celador en la unidad de uci pediátrica también se encuentra el traslado de los pacientes a cualquier prueba diagnóstica que se le realice, como puede ser ecografías, placas radiológicas o cualquier tipo de ellas, siempre acompañado del personal sanitario y de la madre del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La uci pediátrica es un servicio con unas características muy específicas por el tipo de pacientes que están ingresados en cualquiera de sus zonas, ya sea incubadoras, camas-nido o boxes. Es por ello que el celador de la unidad de uci pediátrica debe ser un profesional formado en la empatía y la paciencia, además de realizar sus funciones con total profesionalidad.

En este servicio se realizan continuamente intervenciones urgentes, se pueden producir incidentes imprevistos, que necesitan de una rápida y pronta respuesta por parte de los profesionales del mismo, y el celador juega un papel muy importante en la resolución de estas intervenciones, estando siempre atento y presto a cualquier alteración en las constantes del paciente.

6 Bibliografía

1. El trabajo en una uci pediátrica. Disponible en https://www.enfermeria21.com
2. Los profesionales en el servicio médico de cuidados intensivos pediátricos. Disponible en https://www.comunidad.madrid
3. Enfermería en una uci pediátrica. Disponible en https://www.neurotrauma.net

Capítulo 611

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÉXITUS DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE MORTUORIO

MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO

MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES

CONSTANTINA AURA BUDUGA

MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO

CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

En este trabajo se van a conocer las funciones que desempeñan los celadores ante el paciente fallecido y las tareas realizadas en el servicio de mortuorio. Para la correcta realización del mismo, se precisa de atender a la Orden de 5 de julio de 1971. En este sentido, se enuncia en dicha que los celadores son los encargados de realizar tareas de ayuda y práctica en la sala de autopsias y en el mortuorio, llevando a cabo funciones de auxiliares, siempre que no se precise la aplicación de instrumental sanitario y quirúrgico sobre el cadáver, es decir, el celador adopta un papel de ayudante.
Así, se tiene en cuenta que el celador en el mortuorio toma un papel importante en dicha área, puesto que los celadores son los encargados de recoger y trasladar

al paciente fallecido desde el área donde se ha producido el éxitus hasta el mortuorio.
Por tanto, en el presente trabajo se van a destacar las funciones llevadas a cabo por los celadores en el mortuorio, adoptando un papel decisivo tanto desde la recepción de la información sobre el paciente fallecido, su traslado y las numerosas acciones y colaboraciones realizadas que sirven de apoyo fundamental al personal sanitario que actúa ante el éxitus.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que desempeñan los celadores en el mortuorio.
- Conocer el protocolo de actuación de los celadores en relación con los pacientes fallecidos.

3 Metodología

La realización de este trabajo se ha llevado a cabo siguiendo una búsqueda exhaustiva e intensas a través de diferentes buscadores y con la lectura de revistas científico-técnicas, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y validez a lo expuesto en el presente trabajo. De este modo, se destacan buscadores como Pubmed, Google Académico, Medline, Dialnet, etc.

4 Resultados

Cuando se produce un fallecimiento en el centro sanitario, la recogida y el traslado del éxitus se debe realizar de la manera más discreta posible, salvaguardando su privacidad y la de sus familiares en todo momento. En este sentido, el fallecido puede estar compartiendo habitación con otros enfermos. De este modo, el celador debe colocar una cortina o biombo para realizar los movimientos y traslado correspondiente, protegiendo su privacidad y evitando que el resto de enfermos observen al fallecido.
La labor del celador no solo se enfoca en el traslado del fallecido a la sala de autopsias y mortuorio, sino que, además, debe llevar a cabo las tareas de limpieza y aseo del fallecido, entre las que se destacan, lavado, aseo y afeitado. En este tipo de acciones, el celador debe llevar una bata quirúrgica o desechable y una mascarilla, evitando así la salpicadura de posibles fluidos.

Ante la llegada del celador al mortuorio con el fallecido, el celador debe rellenar un Libro de Registros de Movimientos del Mortuorio, en el que insta el nombre del celador que ha llevado al paciente fallecido.
Una vez en el servicio de sala de autopsias, el celador colabora y ayuda en la movilización y colocación del cadáver para realizar la autopsia, siguiendo en todo momento las indicaciones de los médicos. En este caso, antes de la intervención con el éxitus, el celador debe colocar y preparar el instrumental que se va a precisar. Asimismo, al finalizar, el celador limpia y vuelve a colocar los instrumentales en su lugar correspondiente,
En la sala de autopsias, normalmente se realizan diversas pruebas con el paciente fallecido. El celador debe ser el encargado de llevar dichas pruebas para su análisis al laboratorio, actuando de la manera más rápida posible, dada la situación en la que se encuentra.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se destaca que el celador lleva a cabo numerosas acciones y ejercicios con el paciente fallecido, desde el traslado del mismo en el área o servicio del centro sanitario hasta su amortajamiento.
Además, se afirma que el celador ha de ser una persona predispuesta, colaboradora y, sobre todo, una persona seria y con consideración, teniendo en cuenta en el ambiente y trabajo que está llevando a cabo.
Por otro lado, se ensalza el papel de los celadores, ya que, sin ellos, la correcta realización de tareas en el servicio de mortuorio no se podría realizar de manera óptima y precisa, facilitando en todo momento el trabajo de sus superiores. Así, se garantiza el correcto funcionamiento en el desarrollo de tareas realizadas en el mortuorio.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en las salas de autopsias y mortuorios. Disponible en: https://revistamedica.com
2. Funciones del celador ante un éxitus. Disponible en: https://revistamedica.com
3. Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org

Capítulo 612

GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE LLAMAMIENTOS CORTA DURACIÓN

MARIA TERESA VICO EGEA

TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Dentro de los distintos departamentos que cada Gerencia tiene en el Servicio de Recursos Humanos, encontramos el departamento encargado de realizar los llamamientos de las distintas ofertas de contratos que puedan surgir para cubrir los puestos necesarios para el buen funcionamiento en los distintos Servicios dentro del SNS, en este caso del SESCAM. Los Auxiliares Administrativos encargados para ello efectuarán las llamadas correspondientes para su adjudicación. Según el tipo de contrato en cuanto a la duración del mismo, se procederá a obtener el listado adecuado a la oferta, y atendiendo a dicha duración los llamamientos llevarán un proceso diferente. Los cuales se diferencian entre contratos de Larga duración (tiempo completo y tiempo parcial), estos se ofertarán con este tipo de cobertura cuando los puestos a cubrir se traten de casos como una interinidad en plaza vacante, los contratos de sustitución que por las circunstancias que sean, prevean una duración igual o superior a un año, así como los contratos eventuales con esta misma característica. También existen otros tipos como son Corta duración (tiempo completo y tiempo parcial) para la cobertura en aquellos supuestos de nombramientos temporales inferiores a un año o los de duración indeterminada cuando previsiblemente no superen el año. Y por último tendríamos

los contratos por cobertura urgente, estos llamamientos se realizarían en aquellos puestos que, de no cubrirse en un plazo inferior a dos horas, causen merma de la calidad asistencial. Los trabajadores deberán estar disponibles para incorporarse en un plazo máximo de dos horas, este tipo de contrato no conllevaría una sanción en el caso de una negativa a la oferta.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es explicar la realización de los llamamientos a cubrir por listados de Corta Duración, podrán ser tanto de tiempo completo como de tiempo parcial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para los nombramientos de corta duración, así como a nivel general en el resto de tipo de contratos, "el llamamiento se realizará, por el medio preferente indicado por el interesado en su solicitud: correo electrónico, SMS o por comunicación telefónica. Lo más usual es elegir este último, si el aspirante no respondiera a la llamada, se remitirá además un SMS, indicándole que se le envía un SMS con la información referente en dicha oferta". En la aplicación informática se dejará constancia escrita de la fecha y hora en que se efectúa el llamamiento, a partir de dicho momento se dará un plazo de 30 minutos para ponerse en contacto con la correspondiente Gerencia objeto del llamamiento, de no ser así y transcurrido dicho periodo de tiempo, se le realizará una segunda llamada, la no contestación a la misma dará derecho a la llamada del aspirante inmediatamente posterior.
Si por el contrario, el aspirante responde a la llamada, se le explicará todos los detalles referentes a dicha oferta de contratación. El aspirante decidirá si la acepta, o no. La aceptación o no aceptación a la oferta de contrato dependiendo de ciertos casos conllevará sanción o no, por lo que haremos una breve explicación de

dichos casos que se pueden presentar: primero que el aspirante acepte, obviamente el contrato es para dicho aspirante, pero puede pasar que acepte y tenga un contrato de corta duración a tiempo parcial (hablamos siempre de contratos en el SESCAM o bien dentro del SNS, debidamente justificados en el programa de Bolsa), si este fuera el caso y aceptara, deberá presentar renuncia a dicho contrato de tiempo parcial en la Gerencia correspondiente, sin llevar sanción tal renuncia, ya que se considera una mejora de contrato.
O bien puede pasar que el aspirante no aceptara la oferta, en tal caso, si no tiene contrato o no lo justificó debidamente en la aplicación de Bolsa, conllevará una sanción de 15 meses en los cuales no aparecerá disponible en los listados para ese tipo de nombramiento. Pero si tuviera un contrato a tiempo parcial (siempre dentro del SESCAM o del SNS debidamente acreditado) y decidiera no aceptar la oferta, tendría la oportunidad de 3 ofertas por mejora de contrato sin sanción, a la tercera oferta rechazada, el sistema lo mantendrá no disponible para mejoras en este tipo de contratos, durante 4 meses.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo anteriormente expuesto y para evitar futuras sanciones en este tipo de llamamientos, se tiene que tener muy claro el Pacto de Bolsa, mediante esta concisa y sencilla explicación atendiendo en todo momento a lo establecido en el mencionado de Pacto de Bolsa del SESCAM evitando futuras sanciones, tras el llamamiento, y con las herramientas que la aplicación pone a disposición del aspirante, para así tener un correcto funcionamiento de la misma, evitando trabajo innecesario por parte de los profesionales a cargo de este departamento, ya que en muchas ocasiones se pierde tiempo muy valioso para la contratación de determinados profesionales en Servicios muy necesarios y de los que no se dispone suficiente tiempo para poder cubrir ese puesto con celeridad.

6 Bibliografía

http//www.sescam.jccm.es
Pacto sobre Selección de Personal Temporal del Servicio de Salud de Castilla la Mancha

Capítulo 613

PLANES DE EMERGENCIA Y EXTINCION DE INCENCIOS EN CENTROS SANITARIOS

JOSE RODRIGUEZ RODRIGUEZ

BENJAMÍN VILLEGAS TRIVÍN

1 Introducción

El trabajo y la salud están fuertemente relacionados. El trabajo es una actividad necesaria para nuestra supervivencia, pero también tiene un lado negativo como puede se la perdida de la salud cuando el trabajo no se desarrolla en las condiciones adecuadas para nuestra integridad.
La Prevención de Riesgos Laborales es la disciplina que busca promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros asociados a un proceso productivo, ademas de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo.
Una emergencia es cualquier situación no deseada que pone en peligro la integridad tanto de unas dependencias como de las personas que alberga, exigiendo una respuesta rápida de la misma.
Existen una gran variedad de situaciones con estas características que pueden originarse en un centro de trabajo
Una emergencia puede deberse a:
. Un incendio
. Una amenaza de bomba

. Catástrofes naturales
. Emergencia medica
. Derrame o escape de productos peligrosos
. Fugas de gases
La prevención es analizar y evaluar mediante técnicas las causas que afectan a la salud de los trabajadores, para minimiza los efectos negativos que nos permitan conseguir el bienestar físico y mental de las personas que ocupan un puesto de trabajo.

2 Objetivos

Conocer las los distintos medios con los que deben contar las empresas y centros de trabajo en buenas practicas en prevención de incendios y medidas de emergencia y evacuación

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha realizado un búsqueda sistemática de libros y consultado la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como distintos manuales sobre la la extinción de incendios y evacuación de personas en centros sanitarios.
También, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una de las premisas fundamentales para luchar eficazmente contra una emergencia es poder actuar en el menor tiempo posible. Ello implica que se tenga conocimiento de su existencia con la máxima rapidez.
Para ello según la Ley de Prevención de Riesgos Laborares en su articulo 20 sobre Medidas de Emergencia, preve que debe existir un plan de Emergencia y Evacuación destinado a organizar medidas técnicas y humanas disponibles para la prevención del riesgo de incendios o cualquier otro equivalente.

Reducir al mínimo sus consecuencias con una intervención inmediata y permite organizar en caso necesario, una evacuación rápida, ordenada y sin daños para los trabajadores y pacientes
Para que todo salga bien, se deben cumplir las siguientes objetivos:
- Conocer la totalidad de las instalaciones, así como los riesgos existentes
- Preparar la ayuda del exterior en caso de necesidad
- Determinar zonas de seguridad y vias de evacuación
- Disponer del personal adecuado para actuar con rapidez y eficacia
- Informar y formar a todo el personal:
. Que hacer en caso de emergencia
. Donde y como salir de las instalaciones
. Manual de instrucciones especificas
En caso de incendio es importante contar con elementos de detección automática de incendios y que proyecten el agente extintor sin necesidad de actividad humana, ganando tiempo hasta que acuda el personal responsable y evitar su propagación (rociadores automáticos de agua, instalaciones fijas de espuma, instalaciones fijas de anhídrido carbónico, instalaciones de polvo químico seco
Ante una situación de emergencia debemos intentar ayudar a las demás personas, siempre que sea posible, de lo contrario no debemos arriesgar la vida.
Existen factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de que se produzcan accidentes o problemas en la salud de los trabajadores como son las ligadas a condiciones materiales como pasillos superficies de transito, aparatos vehículos, máquinas, espacios de trabajo
También hay factores de riesgo ambientales como son los contaminantes físicos: ruidos, iluminación
Hay factores de riesgo químicos : gases, vapor, humo, polvo.
Factores contaminantes biológicos : bacterias, virus, hongos….
Factores de riesgo por exigencia de la tarea a realizar: esfuerzos, manipulación de cargas, malas posturas..
Factores de riesgo organizativas: horarios, relaciones jerárquicas ….

5 Discusión-Conclusión

Es obligatorio prevenir, prever con antelación las consecuencias de un determinado trabajo o situación y actuar para cambiar. Los accidentes son evitables si se utiliza una adecuada y correcta prevención .
La Ley obliga al empresario a adoptar medidas para evitar que se produzcan daños personales estableciendo un protocolo de actuación para verificar el riesgo

y adoptar medidas en las personas afectadas
El empresario teniendo en cuenta el tamaño y la actividad de la empresa debe analizar los posibles problemas ante una situación de emergencia adoptar las medidas necesarias para la correcta actuación ante un incendio, primeros auxilios y evacuación, debiendo comprobar periódicamente su funcionamiento
Los trabajadores deben colaborar de forma eficaz para llevar a la practica las medidas preventivas necesarias.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales
2. http://ingesa.sanidad.gob.es
3. http://www.mc-mutual.com
4. http://www.fraternidad.com
5. http://www.fremap.es
6. Real Decreto 39/1977 de 17 de Enero
7. Real Decreto 485/1997 de 14 de Abril
8. Real Decreto 486/1977 de 14 de Abril

Capítulo 614

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA

MARGARITA MANZANEDO ROBLES

AGUSTINA GARCIA GARCIA

ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA

ISABEL SANCHEZ JUAN

ARACELI SANCHEZ CALLEJAS

1 Introducción

Los pacientes cuando acuden al servicio de urgencias se les pasa a triaje, donde un enfermero o enfermera evalúa en primera instancia el tipo de dolencia y sus constantes vitales, como son, la tensión arterial, el ritmo cardiaco, la oxigenación en sangre, etc.

Dependiendo de la edad de los pacientes, desde este momento de pasar por triaje, se pueden clasificar en adultos o niños. Los adultos pasarían a la zona de adultos y los niños a la zona de pediatría. Hasta los trece años, la estructura sanitaria, considera niño al paciente.

Porqué se ha comenzado este capítulo con esta disertación, sencillamente porque desde pediatría de urgencias, los pacientes niños que necesiten ser ingresados, lo harán a la planta de pediatría, por lo tanto, este argumentario ha servido para delimitar por la edad, a los pacientes que ingresan en la planta de hospitalización de pediatría, hasta la edad de trece años.

No solamente los niños ingresan en la planta de pediatría desde urgencias, lo mismo que los pacientes adultos, lo pueden hacer desde un ingreso programado, el paciente ingresa proveniente de su domicilio para cualquier prueba u operación quirúrgica.
La planta de pediatría por las características de paciente que alberga es un poca más acogedora y está más adornada que las demás plantas del centro hospitalario, dibujos, posters, juegos, son algunas de los carteles que forran sus paredes.
El equipo de profesionales que conforma la planta de pediatría está formado por enfermeros, tcaes, pediatras y celadores, y dentro de la especialidad de pediatría por pediatras cirujanos y otras especialidades.
La figura del celador también se encuentra definida en esta unidad, donde, como se ha repetido anteriormente, por sus características, debe reunir una serie de cualidades de las cuales se hará referencia más adelante.

2 Objetivos

-Describir la unidad de hospitalización de pediatría.
-Conocer las funciones de los celadores en la unidad de hospitalización de pediatría.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet

4 Resultados

El celador de pediatría desarrolla su trabajo en una planta que tiene delimitada sus habitaciones, atendiendo a la edad de los niños ingresados. Una zona de la planta, en concreto las habitaciones de la misma, están destinadas para niños de cero a 6 años, y la otra zona para niños de 6 a 13 años.
El celador conoce la estructura interna de la planta, puesto que en algunas unidades hospitalarias de pediatría, también existe la zona de nidos y la zona

de madres, es decir, aquellos neonatos que necesitan asistencia por alguna dolencia o enfermedad, tienen que tener a sus madres lo más cercana posible, sobre todo, para los tiempos de lactancia. En algunos centros hospitalarios la unidad de neonatos y la unidad de madres, conforman unidades externas y diferenciadas con la planta de pediatría.
El celador entre las funciones que desarrolla en esta unidad destaca, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario:
-Acude al servicio de esterilización a llevar y recoger los biberones que se han utilizado y que se necesitan en la zona de nidos.
-Transporta a los pacientes a las diferentes pruebas que pudieran tener: ecografías, tac, radiografías, etc.
-Transporta a los pacientes que vayan a ser intervenidos a la sala del antequirófano, dejando a los niños al cargo de sus compañeros destinados en quirófano.
-Recoge del servicio de farmacia la medicación demandada por el personal sanitario.
-Traslada los aparatos dentro y fuera de la unidad, bajo las indicaciones del personal sanitario.
-Recoge los informes demandados en las consultas necesarias bajo las órdenes del personal de planta.
-Ayuda al personal en caso de requerirse su presencia, en las altas hospitalarias o traslado a otros centros hospitalarios.
-Cuida de la entrada y salida de acompañantes en la unidad, evitando aglomeraciones y preservando el mayor silencio posible.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las características de la unidad de hospitalización de pediatría, el celador tiene que ser un profesional empático con los pacientes ingresados en la misma. Otra de las virtudes que debe conservar el celador es la paciencia, porque el niño ingresado, generalmente, no sabe, ni entiende cuál es la prueba u operación que le van a realizar, y el celador debe tener las herramientas necesarias para tranquilizarlo y calmarlo en esos momentos.
Pero no sólo debe ser empático con los pacientes, sino también, con los padres, porque es una situación muy dolorosa para los congéneres, ver que sus hijos, a tan corta edad, ya tienen algún tipo de dolencia o enfermedad.

6 Bibliografía

1. La unidad de Pediatría. Disponible en https://www.chospab.es
2. Pediatría y sus áreas específicas. Disponible en https: www.mscbs.gob.es
3. Funciones del celador en maternidad. Disponible en https://fisiostar.com

Capítulo 615

EL PINCHE DE COCINA, SISTEMA APPCC Y LOS PROTOCOLOS DE HIGIENE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ

DOLORES SAEZ ZAFRILLA

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

1 Introducción

La alimentación en instituciones sanitarias, es uno de los elementos más importantes para que los pacientes puedan tener una rápida y óptima recuperación. Por éste motivo, hay que cuidar mucho los protocolos de higiene y seguridad en cocinas y durante todo el proceso de manipulación y elaboración de las dietas que se ofrecen, además de que éstas se elaboren de manera individualizada y con minuciosidad para conseguir que los nutrientes que necesita cada paciente, lleguen en buen estado de presentación, temperatura y conservación.

Todo ésto, viene regulado por el Código Alimentario por el procedimiento de

Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) . Éste sistema primeramente fue empleado en la industria automovilística e incluso por la NASA, con el objetivo de poder evitar problemas, averías y accidentes. Más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) aprobaron este sistema al garantizar la seguridad de los alimentos.
Así, mediante la publicación de la OPS de 2012, se asegura el cumplimiento de una normativa, que vela por la seguridad y las buenas prácticas en cuanto al almacenaje, tratamiento, manipulación y conservación de los alimentos. Todo ello, se traslada en asegurar que todo el proceso que conlleva una correcta alimentación, se produzca de la mejor manera para que el paciente reciba los nutrientes que necesita, y no conlleve un peligro de toxicidades o intolerancias.

2 Objetivos

El objetivo de éste artículo, es descubrir y analizar , ventajas y desventajas del sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) en las cocinas de las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la realización de éste articulo se ha hecho una búsqueda en libros, revistas y páginas web (PubMed, Scielo, Medline), en las que se ha combinado la búsqueda que contuviera elementos tales como; sanidad, hospital, alimentación sanitaria, APPCC, recuperación a través de la alimentación. Descartando aquellos artículos que no ofrecían información de interés para éste trabajo.

4 Resultados

Para poder imponer un sistema de control de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) se tienen que dar una serie de factores, tales como;

* Las dimensiones de la cocina deben ser las adecuadas, así como la correcta ubicación de las instalaciones y tomas de agua y luz y salidas de humos. Que los accesos y salidas se encuentren en el lugar idóneo para no perjudicar el trabajo que se realiza.

* Que los suministros se almacenen debidamente en su lugar con su correspondiente etiquetado homologado.

* Sistemas de control de temperatura.

* Protocolos de higiene para alimentos, estructuras y mobiliario, y para el personal que desempeña sus funciones en estas unidades.

* Formación específica a todos los profesionales implicados en cada uno de los procesos que implica la recepción, conservación, almacenaje, manipulación y elaboración. Salvaguardando en todo momento los protocolos de higiene, riesgos laborales y usos y manejos adecuados en todas las funciones que les son encomendadas.

Así, una vez instaurado éste sistema, se procede a crear un listado con todos los puntos importantes a comprobación, revisión e informe, de todos los elementos que pueden causar fallo o peligro durante todo el proceso que conlleva la alimentación dentro de una cocina hospitalaria, desde la recepción por parte de los proveedores, hasta que el plato elaborado llega al paciente.
Es importante también establecer unos valores mínimos y máximos de los límites para asegurar que el punto de control no se vea mermado.
Una vez revisados estos puntos, hay que establecer un protocolo de corrección rápida y eficaz de todas las zonas de alerta que se hayan detectado. Revisando periódicamente y de forma más detallada aquellos puntos que tuvieron que sufrir correcciones con anterioridad.
Por eso, éste sistema es tan eficaz y ofrece tantas ventajas, porque hay poco margen para los errores, y continuamente se encuentran todos los puntos en fase de evaluación.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos asegurar que el hecho de implementar el sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC), es un valor de garantía en la seguridad alimentaria. Disminuyendo los factores que pueden implicar un riesgo de contaminación de alimentos o una mala conservación o manipulación de éstos. Evitando así, transmitir cualquier elemento perjudicial para el paciente, y logrando que los alimentos conserven intactos todos los nutrientes necesarios para la buena y pronta recuperación del paciente.
Así mismo, todos los miembros implicados en sus funciones que engloban todo el

proceso a revisar mediante éste sistema APPCC, consiguen tener una formación adecuada y de manera continúa, reciclándose periódicamente, para desarrollar sus funciones de manera eficaz y con menor margen de error.

6 Bibliografía

* Alario Hernández, A. (2018). Implantación de un sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control; APPCC; Seguridad alimentaria; Aseguramiento de la calidad.

* Codex Alimentarius. (2003). Código internacional recomendado revisado de prácticas – Principios generales de higiene de los alimentos. Última revisión CAC/RCP 1-1969, Rev. 4

* Hernández, J. L. G. (2016). Implantación del sistema de autocontrol en microestablecimientos de restauración colectiva: recepción de alimentos (Doctoral dissertation, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria).
*https://revistamedica.com/protocolo-higienico-cocina-centros-hospitalarios/

Capítulo 616

EL PINCHE DE COCINA Y LA CONTAMINACIÓN CRUZADA

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ

DOLORES SAEZ ZAFRILLA

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

1 Introducción

La contaminación cruzada es algo que hay que evitar en una cocina hospitalaria para no causar daños en los pacientes.

Los alimentos elaborados se pueden contaminar mediante agentes químicos, biológicos o físicos.

Para evitar la contaminación de alimentos, hay que prestar atención a los protocolos de manipulación, temperaturas, almacenaje, separación de alimentos, higiene y desinfección de éstos.

Ingerir alimentos contaminados puede llegar a causar grandes daños a las personas, en ocasiones, incluso irreversibles.

En el proceso de elaboración, la contaminación cruzada podría producirse en una de las siguientes fases;

En el almacenamiento frigorífico, no separando correctamente alimentos elaborados y alimentos crudos.

En la preparación de materias primas, los alimentos crudos pueden contaminar superficies o útiles, si no se manipulan siguiendo los protocolos de limpieza e higiene.

En el proceso de manipulación de huevos, ya que puede contaminar con salmonella cualquier superficie , útiles, recipientes, incluso las manos que manipulan si no se realiza correctamente el lavado después del contacto.

En la descongelación de alimentos, si éstos no se protegen correctamente para evitar que goteen sobre otros alimentos o superficies que puedan contaminar.

En la desinfección de vegetales, contaminando envases o útiles, que no se limpian o desinfectan correctamente.

Es importante que las cocinas estén dotadas de todos los elementos necesarios para poder seguir los protocolos de actuación y manipulación de alimentos, y que los responsables, y el personal de cocina, estén alerta para evitar malas prácticas que conlleven una contaminación de alimentos, y causar daños a los pacientes.

2 Objetivos

- Entender que es la contaminación cruzada en alimentos.
- Conocer y evitar una contaminación cruzada en cocinas hospitalarias y así evitar causar daños en pacientes.

3 Metodología

Siendo un tema que a diario se comenta en cualquier cocina de hospital, hemos buscado información en páginas de internet, libros y artículos, con el fin de tener claro una definición común sobre la contaminación cruzada, y cómo se podría evitar.

4 Resultados

La contaminación cruzada es la evolución por la que un agente patógeno, ya sea, biológico, químico o físico, es transmitido a un alimento elaborado, durante la

manipulación de útiles, superficies y alimentos crudos.
Esta contaminación es más probable que se produzca en cocinas donde no se cuenta con separación de zona limpia, y zona sucia, o que se tienen malas prácticas de higiene personal o de manipulación, favoreciendo que los alimentos elaborados se contaminen.
Además, los alimentos crudos, pueden tener bacterias, virus y parásitos (agentes biológicos), además de mercurio, plaguicidas y demás agentes químicos.
Es importante prestar especial atención a las distintas fases de los procesos de elaboración de alimentos, en los que el riesgo de contaminación es mayor.
Por estas razones ,y aunque en la mayoría de cocinas hospitalarias existe separación entre zona limpia y zona sucia, hay que tener especial cuidado en la manipulación de elementos (ya sean alimentos, útiles, superficies, o la propia higiene del personal) en cualquier cocina hospitalaria.

En una cocina hospitalaria, hay que vigilar que los diseños de cocinas se adecuan al volumen de trabajo, que se facilita, que el personal disponga de todos los elementos necesarios para una buena praxis, que no falten instalaciones, útiles, y elementos para limpieza y desinfección en las distintas áreas de una cocina. Siendo responsabilidad del jefe de cocina, cocineros, pinches y auxiliares, los cuales, vigilarán que se cumpla un buen funcionamiento y manipulación, siguiendo todos los protocolos dentro de la cocina de un hospital.
Así, podremos evitar que los alimentos se contaminen y que debido a ésto, puedan llegar a los pacientes, los cuales, al ingerirlos, puedan causarles cualquier tipo de daño, que en algunas ocasiones, podrían llegar a convertirse, en daños irreversibles para las personas.

5 Discusión-Conclusión

El personal de una cocina hospitalaria, debe conocer y actualizar su formación, para poder evitar contaminaciones cruzadas, actuando siempre de acuerdo a los protocolos de temperaturas, limpieza y desinfección, de separación de alimentos y manipulación de los mismos.

Los alimentos pueden convertirse en elementos peligrosos para su consumo. Y esto ocurre, cuando los alimentos se contaminan directa o indirectamente a casua, generalmente, de una mala práctica en el proceso de manipulación. No respetando protocolos y normas de higiene alimentaria.

Los responsables de cocina o jefe de cocina, cocineros, pinches y auxiliares, de-

berán velar por el cumplimiento de los protocolos de actuación en las cocinas hospitalarias.

6 Bibliografía

- https://nuttralia.com/contaminacion-cruzada-como-ocurre-consejos-prevenirla/
- https://manipulador-de-alimentos.com/que-es-la-contaminacion-cruzada/
- ”Higiene y seguridad para la manipulación de alimentos”. M.ª del Carmen Martínez Calderón
- ”Seguridad e higiene en la manipulación de alimentos”. JOSÉ LUIS ARMENDÁRIZ SANZ

Capítulo 617

EL PINCHE Y LA FORMACION PARA LA SEGURIDAD EN COCINAS HOSPITALARIAS

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ

DOLORES SAEZ ZAFRILLA

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

1 Introducción

En los centros sanitarios, cualquier actividad que se desempeña, es fundamental e importante para garantizar la seguridad de los usuarios y pacientes que allí se encuentran. Por ello, las cocinas de los hospitales son uno de los elementos en los que más importancia tiene el garantizar la salud y la recuperación de los pacientes.
Todos los profesionales que trabajan dentro de una cocina hospitalaria, deben conocer y realizar sus funciones de acuerdo a los protocolos de higiene y seguridad.
Es por ello, que dentro de las funciones que realiza un pinche de cocina, se debe de poner mucha atención en no poner en peligro la buena conservación de los

alimentos, así como las buenas prácticas de manipulación y cocinado, como el cuidado en la terminación del plato, observando temperaturas.
Para que estas funciones se realicen de acuerdo a las normativas, y todo el equipo lo realice de la misma manera, utilizando el mismo planning, se hace necesarios que los profesionales cuenten con una buena formación, y que esta sea continúa, para que se puedan establecer las actualizaciones y/ o cambios necesarios, para garantizar que los alimentos entren a los almacenes y lleguen a los pacientes en óptimas condiciones.
Además, esta formación sería interesante que se proporcionara en instalaciones adecuadas (sería ideal que fuesen en las propias cocinas del hospital) y que la proporcionara la propia empresa, para asegurar que sus empleados tengan unos conocimientos actualizados.

2 Objetivos

El principal objetivo de este artículo es el de destacar la necesidad de que los profesionales de un sector tan importante para la recuperación de los pacientes de un hospital, como es el de la alimentación del paciente, precisen de formaciones continúas y actualizadas sobre todas las funciones que desempeñan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Un pinche de cocina debe conocer todos los protocolos, funcionamiento y manejo en todas las funciones que le son encomendadas.
En la cocina de un hospital se lleva a cabo uno de los elementos más importantes para un paciente que sufre alguna enfermedad. Y es que se hace necesario, que los pacientes reciban todos los nutrientes que precisan para su pronta y óptima recuperación.

Para la realización de los menús, de manera individualizada, hay que engranar una cadena, que empieza desde la descripción del menú que se precisa, pasando por la petición de los alimentos, recepción y almacenamiento de estos en lugares y temperaturas indicados, para ello, la manipulación y la elaboración de los alimentos y platos, transporte y control de las temperaturas durante el traslado, para que los alimentos no pierdan sus propiedades hasta que lleguen al paciente. Por todo ello, y para evitar que los alimentos pierdan propiedades o se contaminen, hay que cuidar cada detalle de protocolo y de indicaciones a la hora de realizar las funciones encomendadas.
Además, los protocolos y normativas cambian en beneficio de la seguridad en los alimentos. Por esta razón, se hace muy necesario que los profesionales que intervienen en funciones de cocina, tengan una formación adecuada para desarrollar su trabajo, actualizándose periódicamente para que todo el equipo esté al día en cuanto a conocimientos sobre sus labores.
Existen muchas empresas dedicadas a ofrecer formación, en la que estos cursos además ofrecen diplomas que pueden dar la opción a sumar puntos en bolsas de trabajo públicas, aparte de curricularmente. También, las empresas públicas, ofrecen a sus trabajadores cursos formativos, para reciclaje o nuevos conocimientos para sus empleados.
Aunque estos últimos son escasos si contamos con los empleados con los que cuenta, y la demanda que existe.

5 Discusión-Conclusión

Cómo podemos comprobar, es necesario que los profesionales que trabajan en una cocina, tengan una formación adecuada a protocolos de seguridad, higiene y acorde a respetar las normativas vigentes.
De ello depende buena parte de la seguridad y salud de los pacientes. Se hace necesario revisar periódicamente puntos de control críticos, los cuales mediante un planning, poder intervenir en aquellos factores que puedan hacer peligrar el bien funcionamiento o la salubridad de la zona o elementos con los que trabajamos. Así, podremos resolver los problemas que puedan surgir con mayor rapidez, y poder llegar a evitar si se actúa con anticipación, debido a la importancia de este trabajo, y del riesgo que supondría actuar de forma errónea.

6 Bibliografía

* ”Fundamentos de Seguridad del Paciente”

Francisco Javier Mérida de la Torre; Elvira Eva Moreno Campoy
*https://orionformacion.com/categoria/1277/pinche
* ”GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN COCINAS HOSPITALARIAS” María Jesús González Callejas

*https://sescam.jccm.es/sofos/matriculacion/listaCursos
* https://revistacientificasanum.com

Capítulo 618

URGENCIAS Y EMERGENCIAS. DOS ABORDAJES DISTINTOS

ALBERTO RANCAÑO RANCAÑO

1 Introducción

La atención a las urgencias y emergencias sanitarias es una parte muy importante de la imagen y expectativas que los ciudadanos tienen, con respecto a su sistema de provisión de servicios sanitarios y supone, a la vez, un reto para los gestores en materia de salud.

Cuando desarrollamos nuestro trabajo en un centro sanitario, sea éste de atención hospitalaria o de atención primaria, hay que saber diferenciar estos dos conceptos: urgencia y emergencia sanitaria.

La OMS hace una definición de urgencia, considerando ésta como que surge de manera fortuita, dándose en cualquier actividad o lugar con una causalidad y gravedad variada, generando en la persona que la sufre una necesidad apremiante de actuación. Sin embargo, la emergencia requiere de una actuación rápida e ineludible, ya que de lo contrario daría lugar a un fatal desenlace. La aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. Por lo tanto requiere un inmediato tratamiento o atención, y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo para la vida.

Luego el concepto clave para diferenciar una emergencia de una urgencia, es la inmediata amenaza para la vida y la salud. En la urgencia no hay ese peligro inmediato para la vida, pero la falta de atención en un plazo de tiempo determinado, puede dar lugar a una situación de emergencia.

Otra cuestión que las diferencia, es que en el caso de las emergencias, no es el paciente afectado el que solicita la ayuda, puesto que éste se encuentra en medio de

una crisis vital, sería la persona que lo acompaña, o cualquiera que se encuentre a su alrededor , el que pida la ayuda oportuna.
En el caso de una persona que se encuentre en situación de urgencia, la demanda de ayuda puede ser efectuada por él mismo. Esta asistencia puede demorarse e incluso no necesita de una atención especializada.

2 Objetivos

Reflexionar sobre estos dos conceptos (Urgencia – Emergencia), los cuales implican un abordaje y unos modos de actuación distintos por parte de la cadena asistencial sanitaria.

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. Para ello se ha efectuado una búsqueda sistemática de libros, consultando también artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Dialnet, seleccionando artículos científicos, procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un eficaz abordaje de las circunstancias en las que la vida de una o varias personas, depende de la rapidez y calidad de actuación de los profesionales de la salud, es vital para que se dé un desenlace exitoso.
Par ello se necesita de unas reglas que establezcan una ágil actuación, de manera coordinada y la dotación de los medios imprescindibles. Son los organismos públicos los que deben asegurar que la normativa legal existente se cumpla, estableciendo los medios y reglas de actuación adecuados.
Dentro de cada Comunidad Autónoma, los protocolos de actuación varían ligeramente, pero ajustándose a unas bases comunes a todas ellas.
El SAMU, (Servicio de Asistencia Médica Urgente), pertenece al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), tiene como cometido, responder a todas las urgencias sanitarias en nuestra Comunidad, con una dedicación exclusiva en tiempo y espacio, a lo largo de todos los días del año. Se accede a este servicio, a través del 112, que es el teléfono común para toda la Unión Europea.
Las funciones del SAMU son las siguientes:

– Coordina, organiza y regula la necesidad sanitaria urgente demandada.
– Asistencia a Urgencias y Emergencias.
– Transporte Sanitario Urgente y Programado.
– Traslados Secundarios en Asturias y Extraprovinciales.
– Información Sanitaria.
– Consulta Médica Telefónica.
– Asesoría a profesionales sanitarios.
– Dispositivos sanitarios preventivos y ”especiales”.
– Actividades Formativas en Urgencias y Emergencias.

Estos serian los servicios extrahospitalarios que los dispositivos de emergencias prestarían antes de llegar al hospital o al centro de atención primaria.

La urgencia en Atención Primaria suele constituir el primer escalón de la asistencia al paciente grave, que tanto puede prestar la atención en el propio centro o en el domicilio del paciente.

El primer enlace que recibe la demanda de atención, corresponde al personal del área administrativa, el cual notificará inmediatamente la urgencia sanitaria al Equipo Básico (médico y/o enfermera), una vez recogidos los datos de identificación. Seguidamente lo remite a consulta o sala de urgencias, acompañado por un celador.

Cuando el paciente llega a ser atendido en las Urgencias Hospitalarias, el protocolo de actuación establece las siguientes medidas que valoran el grado de urgencia:

Se efectúa siempre un triaje de pacientes que marca el orden y el tiempo de demora en la atención con respecto a la gravedad.

En España existe un protocolo y sistema de graduación que clasifica el nivel de gravedad y determina el tiempo de demora en la actuación a la urgencia. Este, llamado, Sistema Estructurado de Triaje (SET), agrupa estos niveles, en base al riesgo vital que supone la urgencia:

Nivel I: La atención tiene que ser inmediata y sin demora. Por ejemplo, una parada cardiaca.

Nivel II: La demora no puede exceder de 15 minutos. Situaciones de inestabilidad o dolor muy intenso.

Nivel III: Admite una demora menor de 60 minutos. Se requieren pruebas diagnosticas o terapéuticas, pero no hay inestabilidad hemodinámica.

Nivel IV: No hay riesgo vital y la demora como máximo puede ser de 120 minutos.

Nivel V: La patología no entraña complejidad y no hay riesgo

A su vez cada uno de los niveles se marca con un distintivo de colores que favorece al profesional la visión del nivel de urgencia y el tiempo de demora en ser

atendido:
I Color Rojo. Inmediato
II Color Naranja. Emergencia
III Urgente Amarillo 45 min.
IV Menos urgente. Color Verde, 120 min.
V No urgente. Color Azul, 240 min.

5 Discusión-Conclusión

No es fácil establecer una línea divisoria entre un episodio de urgencia y uno de emergencia.
Los tiempos de actuación son los que evitan un desenlace fatal o que las repercusiones den lugar a graves secuelas.
Esta inmediatez, en el tiempo de actuación, por parte de los profesionales que intervienen y se tienen que enfrentar de primera mano, está sujeta a diversas variables:
• Un rápido diagnostico que focalice el problema a tratar.
• Iniciar un tratamiento inmediato para evitar males mayores.
• Cuando el riesgo vital no es inmediato, la demora en el diagnóstico o tratamiento puede derivar en complicaciones graves.
• Desde la perspectiva epidemiológica, atajar y controlar con un diagnostico precoz, para evitar la propagación de una enfermedad entre el resto de la población.
• En otras situaciones aunque no entrañen riesgo vital para el paciente, una actuación inmediata es conveniente para tranquilizar y ayudarle a comprender el carácter benigno del proceso.
Hay veces que el sistema sanitario, no ofrece la infraestructura, ni los medios para dar respuesta a situaciones que no necesitan de una consulta o atención urgente, lo que repercute en una masificación innecesaria de los servicios de urgencias.

En definitiva, cuando un individuo o grupo, se encuentra en riesgo vital, el hecho de contar con una infraestructura de actuación para abordar con éxito el problema es la esencia de una buena gestión por parte del sistema sanitario de una nación.
La gestión llevada a cabo por los diferentes Servicios de Salud, debe de integrar y coordinar todos los eslabones de la cadena sanitaria: atención primaria, hospitalaria, asistencia a urgencias y emergencias.
Es importante desarrollar programas de formación de primeros auxilios para la población en general.

También conviene mantener programas de formación y actualización para los profesionales. Así como velar por una salud emocional de los trabajadores en este campo, donde el escenario del entorno laboral genera unos elevados niveles de estrés. Un bajo nivel de bienestar emocional en el individuo repercute directamente en el rendimiento laboral.
Y por último, señalar la necesidad de que exista una eficaz cooperación internacional para dar respuesta efectiva a situaciones de crisis, catástrofes o emergencias de salud pública.

6 Bibliografía

1 - Joseba Barroeta Urquiza - Nuria Boada Bravo.- Los servicios de emergencias y urgencias medicas extrahopitalarias en España
2 - L 25/1997, de 26 de diciembre, de regulación del servicio de atención de urgencias 1-2-2
3 - GUÍA RÁPIDA I.M.V. SAMU – ASTURIAS.- Grupo de Trabajo de Catástrofes e Incidentes de Múltiples Víctimas del SAMU-Asturias
4- Unidad de gestión de atención a Urgencias y Emergencias https://www.astursalud.es

Capítulo 619

SISTEMAS DE TRIAJE: HISTORIA Y EVOLUCIÓN EN EN EL TIEMPO, UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MARIA JESUS DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

Aunque parece que la palabra triaje en la unidad de urgencias hospitalarias es un protocolo de la actualidad, esta acción ya se producía hace unos poco siglos atrás. Cuando en el siglo XVIII, las urgencias de los hospitales pasan a ser una gestión y administración publica.

A partir de entonces era clave idear, una actuación para priorizar o clasificar a los enfermos, sobre todo en los campos de batalla, donde los soldados necesitaban una rápida respuesta debido a la mayor o menor gravedad de sus heridas o enfermedades, con el fin de su pronta recuperación.

Por aquel entonces no se clasificaban a los heridos militares por sus dolencias, sino por su situación económica o clase social.

El concepto triaje comenzó a utilizarse en las batallas de Napoleón, una herramienta que se iría perfeccionando con el tiempo en las urgencia y emergencias.

El triaje pretendía tratar al mayor numero de heridos, en el menor tiempo posible, sin tener en cuenta su posición social, dando importancia a los mas afectados o de mayor gravedad.

El primer triaje hospitalario civilmente hablando se produjo en Estados Unidos en 1964. Este se dividía en tres escalas de gravedad: no urgentes, urgentes y emergentes. En 1990 pasarían a ser 5 escalas o niveles.

En España, a comienzos del siglo XXI, se implanta el sistema español de triaje, adoptando también este sistema, otros países.

2 Objetivos

Dar a conocer los sistemas de triaje

3 Metodología

Hemos buscado y hecho hincapié, en los orígenes del triaje, pues esta acción adquiere mayor conocimiento, si conocemos su historia, ideas, modificaciones e implantación de la misma hasta la actualidad. Hemos indagado buscando en libros sobre el tema, la mayor búsqueda se a realizado en Medline y Google eligiendo los que contenían mayor información y aplicando palabras clave como: unidad de urgencias, prioridad del paciente y triaje.

4 Resultados

Dejando un poco el origen del triaje, nos centraremos en la actualidad y sus características, sin olvidarnos que todo tiene un origen.

Es primordial, y mejora la fluidez cuando hay una entrada masiva de pacientes, priorizar el estado del paciente y no atenderlo por orden de llegada.

El paciente a su llegada al centro será llevado por un celador a la unidad de triaje, donde un profesional lo valorara y delegará a la unidad que proceda, en el caso de que no sea un paciente grave y este consciente, informándole sobre cual es su prioridad y en el tiempo que será atendido.

El sistema Español de triaje se basa en cinco niveles de priorización:
-Nivel 1- color rojo situación de riesgo vital (resucitación) atención inmediata.
-Nivel 2- color naranja situaciones de emergencia o muy urgentes, riesgo vital (10 minutos)
-Nivel 3- color amarillo urgente, potencial riesgo vital (60 minutos)
-Nivel 4- color verde menos urgente, sin riesgo vital (120 minutos)

-Nivel 5- color azul no urgente, permite una espera de tiempo, no hay riesgo para el paciente (240 minutos)

Cualquier sistema de triaje, debe basarse en síntomas o signos y no en diagnósticos, ya que este ultimo será posterior.

Cuando un paciente llega al centro, recibe una valoración rápida para identificar su estado, es importante descartar si se esta ante un paciente de nivel 1, ya que este necesita que le asistan inmediatamente.

El tiraje en urgencias que no requiera ningún tipo de gravedad, podría realizarlo un auxiliar de enfermería, con aprobación medica. El auxiliar de enfermería no presta asistencia al paciente, solo lo valora y lo deriva al profesional que proceda, solo realizara maniobras salvadoras si lo requiere.

Debemos de tener en cuenta el sistema informático, de que dispone el hospital, el cual agiliza el trabajo de los profesionales en relación con los pacientes.

El celador deberá de recibir, acompañar, o movilizar al paciente, así como trasladar palabras verbales y documentos, autorizados por un superior.

5 Discusión-Conclusión

La historia nos cuenta el origen del triaje, una palabra que tuvo sus orígenes en Francia, en las batallas de Napoleon, y que a partir de ahí era necesario idear una forma de clasificar a los heridos, algo que aporto un gran beneficio en el tiempo, hasta la actualidad.

Somos conscientes, de que este método se a ido perfeccionando, hasta conseguir un modelo solido de triaje, comenzando con 3 niveles y llegando a los 5 niveles actuales, aplicando colores y tiempo de espera según su gravedad.

Debemos decir, que a día de hoy si no existiera el método triaje, conduciría a las urgencias y emergencias a un descontrol total, pues el paciente o herido debe ser atendido por orden de gravedad y no por orden de llegada al centro.

En España contamos actualmente con el sistema Andorreño de triaje.

6 Bibliografía

- Temario del celador (MAD)

- scielo.es
- www.20minutos.es
- es.m.wikipedia.org.
- triajeset.com
- www.mscbs.gob.es
- wordpress.com
- sofos.scsalud.es

Capítulo 620

EVOLUCIÓN Y SISTEMAS DE REHABILITACIÓN: EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

MARIA JESUS DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

Podemos pensar que la rehabilitación es una palabra actual y que se implanto en nuestros días, sin embargo esta acción es milenaria.

No obstante debemos decir, que conocemos esta palabra en la actualidad, gracias a su origen en Estados Unidos a principios del siglo XX.

Hay varios acontecimientos que adquieren un máximo interés como son sin duda, dos grandes guerras, una urbanización de la población e industrialización aceleradas, y con todo ello la propagación de epidemias y accidentes de trabajo u otros.

La OMS define la rehabilitación como un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud, en la interacción con su entorno.

La rehabilitación es la ayuda que se recibe de un profesional para poder recuperar las funciones del cuerpo, ya sea de movilidad física, cognitivas, que se ven afectadas por una enfermedad o lesión, también pueden tener su origen de

nacimiento y así ser mejoradas para tener una mejor calidad de vida, tanto del paciente como de su entorno.

Son varios los profesionales que intervienen en la rehabilitación integral, tales como: fisioterapeutas, psicólogo clínico, neuropsicologos, logopedas, enfermería, todos ellos especialistas en la medicina rehabilitadora.

Por norma general todos los hospitales, cuentan al menos con una unidad destinada a la rehabilitación en cualquiera de sus modalidades.

Si nos centramos en el fisioterapeuta, podemos decir que es el encargado de mejorar la calidad de vida del paciente, movimientos limitados por diversos factores o vejez. Es aquí donde el celador forma parte de un equipo rehabilitador y humanitario, ya que sin el celador sería inviable las tareas a realizar en este proceso con los pacientes.

2 Objetivos

Describir el papel del celador en la unidad de rehabilitación del centro hospitalario

3 Metodología

Hemos consultado libros sobre esta materia, con el fin de adquirir conocimientos sobre su origen y procesos posteriores. Hemos elegido los que contenían mayor información y criterio. Con mayor búsqueda en Google y Medline, resaltando puntos concretos para tener una mejor visión del tema y utilizando palabras clave como: rehabilitación, orígenes, profesionales, paciente, calidad de vida, humanización, y papel del celador.

4 Resultados

Aunque hemos hecho en pequeño recorrido explicando las funciones que realizan los profesionales de rehabilitación, enumerando ciertos puntos importantes, nos centraremos ahora en el papel que desempeña el celador en esta unidad, tan importante que forma parte de este gran equipo.

Cuando un paciente llega al centro o ya se encuentra en él, tiene mermadas sus facultades de movilidad, ya sea por enfermedad, accidentes o haya pasado por

una intervención musculoesquelético, o también por la vejez.

-El celador es el encargado de trasladar al paciente a esta unidad
-Deberá de trasladar al paciente en silla de ruedas, camilla o vehículo que proceda en el momento.
- Deberá de vigilar y comprobar que todo este en orden.
- Dentro de la unidad vigilara que no entren personas no autorizadas y si hubiera conflicto, avisar al personal de seguridad.
- Deberá prestar ayuda a los fisioterapeutas en la movilización de los pacientes durante el proceso.
- Trasladara el material, cuidando siempre que este en las mejores condiciones.
- Trasladara documentos o comunicaciones verbales a petición de un superior.
- No debe de compartir datos clínicos ni diagnósticos con el paciente u otras personas.
- Al finalizar los tratamientos deberá de regresar a los pacientes.
- Cuándo termina la sesión se comprobaran los aparatos utilizados y observara que no haya ninguna incidencia, se recogerán para su próximo uso.
- Excepcionalmente, se limpiaran y desinfectaran.

El esfuerzo físico recae en los celadores que transfieren y acomodan a los pacientes, manejarán los aparatos de rehabilitación con destreza y estarán pendientes de que no haya ninguna incidencia durante el manejo de estos.

No olvidemos que el celador está ahí como parte imprescindible, día a día, para que la recuperación de los pacientes sea eficiente y humanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Hemos enumerado casi todas la acciones que produce un celador en la unidad de rehabilitación, incluyendo diferentes especialidades medicas, con el fin de encaminar al paciente a tener una mayor o total autonomía posible, reduciendo así la carga social y familiar.

Un 10% de la población necesitara en algún momento de su vida, ser tratado en alguna de las áreas que proporciona la rehabilitación, ya sea fisioterapia, logopedia, neuropsicologos, etc.

No olvidemos que el celador aporta todas las funciones que hemos mencionado anteriormente, pero hay que considerar que también aporta calor humano, en

esta tarea tan ardua para el paciente, ayudando y animando, consiguiendo así un ambiente mas llevadero. No olvidemos nunca la palabra humanización.

6 Bibliografía

- Temario celador (MAD)
- fisiostar.com
- elsevier.es
- es.m.wikipedia.org
- www.publicacions.ub.es
- google.es
- medlineplus.gov
- medular.org

Capítulo 621

FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS

JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

El servicio de urgencias es una zona que forma parte del hospital y del centro de salud,teniendo la entrada diferenciada del resto de los servicios del hospital,facilitando la llegada de pacientes que precisan de atención inmediata.
Al servicio de urgencias acuden personas requiriendo asistencia médica urgente,propiciada por diferentes causas.Hay que distinguir entre lo que es una emergencia y lo que es una urgencia.La emergencia es una situación critica que supone un riesgo vital para el paciente y precisa una actuación inmediata y la urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero se precisa de asistencia médica en un corto período de tiempo.El servicio de urgencias está formado por diferentes tipos de personal como Médicos de Urgencias Hospitalarias,Médicos Generales de Familia,Médicos internos Residentes,Supervisor de Urgencias,Enfermeros,Técnicos Especialistas,Auxiliares de Enfermería,Celadores de Urgencias,Personal Administrativo,Personal del Servicio de Atención al Paciente.Cuando un paciente llega a urgencias lo primero pasa por el mostrador de admisión de urgencias donde dará sus datos y luego pasará a la zona de triaje donde priorizan la gravedad de los pacientes y su estancia en la sala mediante cinco colores que son los siguientes:Rojo-Atención inmediata-Emergencia,Naranja-15 minutos-Muy Urgente,Amarillo-30 Minutos-Urgente,verde-60 minutos Menor Urgente y Azul-120 Minutos No urgente.

2 Objetivos

Conocer el trabajo que realizan los celadores y las tareas que pueden desempeñar en los servicios de urgencias de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este capìtulo se ha llevado a cabo una investigaciòn consistente en una revisión bibliográfica y se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos como:Pubmed,Medline y Scielo,seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas verificadas.

4 Resultados

El celador en la unidad de urgencias debe de hacer las siguientes funciones:
-Recibir al paciente,los que vienen por sus propios medios como los que vienen en ambulancia,se les debe ayudar en el traslado y deambulacion hacia el interior de urgencias,ya sea en silla de ruedas o camilla.
-Llevarlo a admision de urgencias a dar sus datos personales,luego a triaje y pasarlo a donde corresponda al interior de urgencias.
-Mantener la entrada de urgencias abastecida de sillas de ruedas y camillas suficientes.
-Permitir la entrada al interior de las urgencias sólo a las personas autorizadas para ello.
-Vigilar de que los pasillos y las zonas de circulación estés despejados de público.
-Mostrar a los acompañantes que pasen a la sala de espera donde serán llamados para informarles por megafonía o por el Servicio de Atención al Paciente.
-Traslado de pacientes a cualquier unidad del hospital para la realización de pruebas.
-Traslado de documentos y traslado de analìticas al laboratorio.
-Ayudar al personal sanitario en el lavado de pacientes y a sujetar dichos pacientes en la realización de determinadas pruebas que se realizan a los pacientes encamados.
-Realizar cambios posturales al paciente,movilizándolo para conseguir la posición deseada por el personal sanitario.
-Mantener en la medida de lo posible la intimidad del paciente en el interior del box.

-Ayudar al personal sanitario en la realización de placas radiográficas y en la colocación de férulas de yeso.
-Colaborar en la inmovilización y sujeción mecánica de los enfermos mentales agitados.
-Trasladar al servicio de mantenimiento los aparatos averiados y traslado a urgencias de los aparatos ya reparados.
Ayudar al personal sanitario a la preparación de los cadáveres.
-Traslado de los fallecidos desde urgencias hasta el tanatorio del hospital y colocación de los cadáveres en las cámaras frigoríficas.

5 Discusión-Conclusión

En la unidad de urgencias los celadores son la primera persona que acoge a los pacientes y es importante que tengan empatía hacia ellos y buena actitud en su trabajo ya que desarrolla muchas funciones y debe de ayudar al personal sanitario para obtener una atención al paciente lo más adecuada posible y cuidará por el buen funcionamiento del servicio.
En la unidad de urgencias a veces surgen situaciones de riesgo vital y por ello los celadores deben de estar preparados para saber que hacer en dichas situaciones y a veces explicaràn a los pacientes la demora del personal sanitario cuando esten atendiendo una urgencia.

6 Bibliografía

www.auxiliarenfermería.com/Funciones del celador en las distintas áreas o servicios. celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 622

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL AMBITO HOSPITALARIO: MOVILIZACION Y TRASLADO DEL PACIENTE ENCAMADO

CARLOS RUIZ LOSA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA TERA CAMACHO

DOLORES CASTELLANOS GENTO

1 Introducción

En el ámbito hospitalario el celador es pieza fundamental para la movilización y traslado del paciente encamado dentro de las instalaciones, ya sea para que se le realicen distintas pruebas que no pueden hacerse dentro de la misma habitación donde se encuentre ingresado en ese mismo momento (ecografías, radiologías, resonancias magnéticas, etc., le trasladen de habitación, sea trasladado desde las instalaciones de observación de pacientes y se produzca el ingreso en planta, etc. Los traslados deben hacerse con seguridad para el paciente, llevar la cama en la posición correcta, la entrada en habitaciones, ascensores, las bajadas y subidas de rampas deben seguir unos protocolos de seguridad para el usuario.

Además del traslado en sí se debe conocer el funcionamiento de la cama, se debe conocer cuando frenar la cama (momentos) y dispositivos auxiliares para hacer cambios de cama a camilla, de cama a cama, de cama a mesas de quirófano, de rayos y un sinfín de situaciones que se le pueden presentar, pues cada paciente tiene una situación particular, por ello son tan importantes los conocimientos base, para que esto se haga bien y en condiciones de seguridad mínimos.
Por ello hemos pensado realizar este capítulo, para que reforzar la idea del buen manejo de la cama y el traslado de los pacientes en la misma.

2 Objetivos

Conocer las mejores técnicas para el traslado de pacientes, así como establecer patrones y protocolos para que estos se hagan con seguridad.

3 Metodología

Se ha hecho un estudio minucioso de investigación y búsqueda de datos a través de distintos puntos, como búsqueda activa en internet, podemos destacar todas las ideas se detallan. Así como una búsqueda exhaustiva bibliográfica, en publicaciones subidas en red, así como una búsqueda sistemática de libros y consultas en las principales bases de datos como Pubmed, Medlines y Scile, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Por norma general para trasladar a un paciente en la cama el celador debe colocarse detrás de la cabeza del paciente y empujar la cama o camilla de manera que el paciente va en el sentido de la marcha, pero hay que tener en cuenta los distintos circuitos por los que debe de pasar, si bien en el traslado se ha de utilizar un ascensor se debe de pasar correctamente a este, no siento igual un ascensor con doble puerta una de entrada y otra de salida que los de una sola puerta. Si se tuviera que utilizar uno de una sola puerta, el celador entraría primero empujando de la camilla hacia sí, haciendo que la cabecera de la cama pase primero protegiendo del peligro el propio cuerpo del celador, y así al salir, el celador empujaría de la camilla haciendo que salieran primero los pies del paciente, protegiendo así la cabeza del enfermo a la salida. Si el ascensor tuviera doble puerta, los pies del enfermo entrarían primero y por ende a la salida también saldrían primero del

ascensor, pues el celador seguiría en el mismo sitio (en la cabecera de la camilla) y empujaría haciendo que los pies fueran los primeros.
Así mismo dentro de las instalaciones hospitalarias hay rampas, también es importante saber cómo abordarlas, si la pendiente fuera descendiente el celador bajaría primero, posicionándose en la cabecera de la cama, protegiendo en todo momento la cabeza del usuarios, si por lo contrario la pendiente es ascendente, los pies de enfermo irían por delante, colocándose el celador en la cabecera de la cama por el mismo motivo (proteger la cabeza).
Así mismo el celador debe de frenar la cama antes de cualquier movilización del paciente, si es para trasladarlo de cama, habrá que frenar ambas camas, si es de cama a silla habrá que frenar esta y la silla, siempre buscado la seguridad del usuario.

5 Discusión-Conclusión

Los traslados de los pacientes en cama cuando estos no lo pueden hacer por sus distintas patologías es muy frecuente, hacerlo con las mayores garantías de seguridad para los usuarios es muy importante, estar instruidos en el manejo de la cama esencial, cursos de instrucción se están reivindicando constantemente ese colectivo, así como su profesionalización.
El frenado de la cama aunque es un clásico que se repite hasta la saciedad es muy importante, pues el enfermo podría quedar atrapado entre camas, y un sinfín de incidentes provenientes del mal uso de estos, hay que asegurarse las veces que haga falta de que estén frenadas ambas camas. Aunque hay que decir que algunas camas están mal diseñadas, como tener solo freno en el pie cero y no en el cabecero, pues en el cabecero es donde la mayoría de las movilizaciones, y no puede frenar el celador la cama en el caso de un incidente, debiendo dar la vuelta a toda la cama para frenarla.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_traslados.htm
http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-12.html

Capítulo 623

FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS; ZONA MORTUORIA HOSPITALARIA

CARLOS RUIZ LOSA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA TERA CAMACHO

DOLORES CASTELLANOS GENTO

1 Introducción

En el ámbito hospitalario el celador tomando referencia el estatuto del personal sanitario de 1971 y en relación a la autopsia: "ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte el uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala", pero no es hasta 1981 cuando se crea el puesto especifico de CELADOR AUXILIAR DE AUTOPSIAS.

Por ello el celador auxiliar de autopsias realizará funciones como:

-El transporte del cadáver desde el depósito de cadáveres hasta la mesa de autopsias, lo depositará sobre esta y si por motivos necesarios fuera necesario quitar

la mortaja lo hará, además si durante el proceso de autopsia hubiera que mover al paciente lo hará. Además colaborará con el médico en lo que se le solicite. Además cuando se termine la autopsia ayudará a la adecentación del cadáver, limpiándolo, rellenando huevos de las vísceras, etc.

-Limpiará el material de autopsias utilizado desinfectándolo (no es necesaria la esterilización), la mesa y la sala.

-Realizarán funciones propias del celador como es la vigilancia de accesos, para que no acceda a estos personal no autorizado. Traslado de comunicaciones verbales, documentos u objetos que le sean confiados pos sus superiores, etc.

2 Objetivos

Conocer las funciones propias del celador de mortuorio y aplicarlas con la máxima seguridad y eficacia.

3 Metodología

Se ha hecho un estudio minucioso de investigación y búsqueda de datos a través de distintos puntos, como búsqueda activa en internet, podemos destacar todas las ideas se detallan. Así como una búsqueda exhaustiva bibliográfica, en publicaciones subidas en red, así como una búsqueda sistemática de libros y consultas en las principales bases de datos como Pubmed, Medlines y Scile, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador en la sala de autopsias tiene que saber/conocer los métodos de limpieza que hay que emplear en la sala y los productos más idóneos para realizar estas funciones, pues además de los suelos limpiará la mesa, y ha de tener cuidado con los productos que utiliza, pues algunos son muy abrasivos y podrían estropear el mobiliario y utensilios utilizados. Para el celador es importantísimo el conocimiento de los desinfectantes, debe conocerlos y cuando es más conveniente utilizarlos, los más utilizados son: Fenoles (lavado quirúrgico), biguanidas (más conocido como clorhexidina), detergentes (para superficies), formol (desinfectante y preservar los cadáveres y restos patológicos), alcoholes, compuestos clorados (son los más usados en suelo, ejem lejía), agua oxigenada (facilita la retirada de apósitos).

Debe de tener un conocimiento muy exhaustivo de todas las herramientas que debe de utilizar el médico de autopsias, pues al colaborar con él debe saber que material e instrumental utiliza, además se considera una negligencia grave la falta del material y equipos, por lo que hay que tenerlos bien colocados y ordenados para poder observar si falta alto, además de tenerlos limpios. Entre ellos se encuentras los instrumentos para secciones tanto partes bandas como cartílagos (cuchillos, condrotomos, cerebrotomos, escalpelos…), los de seccionar huesos (sierras, martillos, etc.). Los de Prensa como los clamps, de sutura como hilo y agujas, tijeras de disección, bisturís,…

El celador tiene que estar versado en los distintos tipos de autopsias que se realizan, para poder tener todo preparado, pues no es lo mismo que el médico de autopsias realice una autopsia con la técnica de VIRCHOW (órgano x órgano), que utilice la técnica de GHON (extraer órganos por bloques) o la técnica de LETULLE (un solo bloque todas las vísceras).

Otro aspecto importante y algunas veces olvidado es el saber prepararse a uno mismo para este servicio, deberá ponerse bien la indumentaria correspondiente, y todos los equipos de protección necesarios (epi´s).

5 Discusión-Conclusión

El celador como integrante del equipo multidisciplinar de autopsias, debe de saber a la perfección su cometido, es un puesto por el que no entra todo el mundo, normalmente las realizan siempre los mismos celadores, pues tienen que tener buena formación, que normalmente pasa de celador a celador, pues no hay formación reglada para esta categoría, y es un puesto con responsabilidad que no lo puede hacer cualquiera si antes no ha sido debidamente instruido.

Como conclusión de este capítulo de libro podríamos decir que el celador en este puesto además de las funciones comunes de los celadores colabora con el médico de autopsias, y que en este puesto tiene funciones específicas de limpieza, que en otros puestos no le serían propios salvo en casos excepcionales en el que el personal de limpieza no se encuentre presente en ese mismo momento. Así mismo demás de tener conocimiento en el manejo de equipos propios de su funcione debe conocer todo el instrumental de la sala de autopsias, que aunque aquí se han mencionado algunos, son muy numerosos.

6 Bibliografía

https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano#::

text=El%20celador%20de%20quir%C3%B3fanos%20se,de%20vuelta%20a%20la%20habitaci%C3%B3n.
http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_traslados.htm
http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-12.html
https://revistamedica.com/celador-salas-autopsias-mortuorios/#::text=En%20este%20momento%2C%20el%20celador,hubiera%20utilizado%20en%20la%20autopsia.

Capítulo 624

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIROFANO: SUS FUNCIONES PROPIAS Y COMPORTAMIENTO EN EQUIPO

CARLOS RUIZ LOSA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA TERA CAMACHO

DOLORES CASTELLANOS GENTO

1 Introducción

En el ámbito hospitalario el celador de quirófano entre otras cosas se encarga del traslado del paciente desde su habitación pasando primero por el preoperatorio hasta al fin dejarlo en el al quirófano y, después de la intervención este siguiendo instrucciones lo llevará a reanimación y por ultimo llevarlo cuando se lo indiquen lo trasladará a su habitación.
Además es el Celador quien monta la mesa de quirófano según el tipo de intervención que se le vaya a practicar de ahí la importancia de que este conozca todas las posiciones posibles en Quirófano como las distintas posiciones que puede adquirir la mesa para prepararla a la perfección, así mismo ayudará a posicionar

al paciente en la esta mesa, pues no es lo mismo una operación en el cráneo, que un parto, o una operación en la columna vertebral.
También deberá permanecer fuera del quirófano estando pendiente de posibles instrucciones por si en algún momento es requerida su ayuda, pues en algunas ocasiones debe de colaborar en lo que el médico le indique, pudiendo sujetar por ejemplo una pierna que va a ser amputada , traslado de objetos o maquinaria que se requiera en un momento determinado, como puede ser alguna lámpara de apoyo, máquina de rayos portátiles o cualquier otro objeto que sea necesario en un momento dado, así como de llevar las biopsias al laboratorio para su análisis, etc.

2 Objetivos

Conocer las funciones que son propias del celador en el servicio de quirófano, así como el comportamiento ante ordenes de sus superiores en el servicio..

3 Metodología

Se ha hecho un estudio minucioso de investigación y búsqueda de datos a través de distintos puntos, como búsqueda activa en internet, podemos destacar todas las ideas se detallan. Así como una búsqueda exhaustiva bibliográfica, en publicaciones subidas en red, así como una búsqueda sistemática de libros y consultas en las principales bases de datos como Pubmed, Medlines y Scile, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador además en según en qué zona de la parte de quirófano tendrán funciones distintas, pues es la zona de quirófano se diferencian las zonas según grado de la limpieza y desinfección: Zona Negra, Zona Gris y Zona Blanca. En la Zona Negra (zona sucia) el celador sucia", aquí se permite llevar la ropa de calle, es la zona de admisión a este servicio, además aquí se encuentran los servicios y los vestuarios donde el personal se pondrá los epis. Aquí hará funciones de vigilancia. La zona gris el celador tendrá colocado almacenes y en la Zona blanca tendrá las funciones de apoyo al personal sanitario, debiendo seguir las mismas condiciones higiénicas y epis que el personal sanitario. Por ello este deberá estar instruido en los epi‘s que debe de llevar y cómo y en qué orden ponérselos, para

que su uso sea efectivo y no se contaminen por ponerlos mal o en el orden incorrecto. El orden de colocación y retirada de epis sería: Primero lavado de manos, calzas, gorro, mascarilla, gafas o pantalla protectora, bata y guantes. El orden de retirada es al contrario a la orden de colocación, es decir, primero quitamos los guantes, seguidamente la bata, las gafas o pantalla protectora, mascarilla, gorro, calzas.
El Celador además de tener claro que llevar puesto y como ponérselo, debe conocer las instalaciones, y sus funciones además de saberlas ejecutar, pues si por ejemplo tiene que cambiar la mesa de quirófano a la posición que indique el médico deberá saber cuál es esa posición y como colocar la mesa.
Así mismo permanecerá en la puerta de quirófano por si el médico solicitara su ayuda como sujetar miembros para amputar, traer alguna máquina o herramienta imprevista.

5 Discusión-Conclusión

Por conclusión hemos de decir que el celador es un miembro muy importante dentro del equipo multidisciplinar de quirófano, que este maneja mucha información y ha de memorizarla, además de practicarla, pues no puede dejar nada al azar, por lo que sería muy conveniente que estos realizaran cursos especializados para ocupar este puesto, que no es conveniente que una persona sin experiencia ni formación especifica para este puesto entre de nuevas, y más si no tiene un compañero que lo asesore las primeras semanas, pues cada día se pueden plantear tipo de operaciones distintas y no se pueden aprender todas en unas horas.

6 Bibliografía

https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano#::
text=El%20celador%20de%20quir%C3%B3fanos%20se,de%20vuelta%20a%20la%
20habitaci%C3%B3n.
http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_traslados.htm
http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-12.html

Capítulo 625

EL PINCHE DE COCINA Y LAS PRINCIPALES DIETAS TERAPÉUTICAS

MARIA DEL MAR FUEYO VÁZQUEZ

1 Introducción

Partimos de la base que la dieta basal es la dieta hospitalaria que más se asemeja a la normal de cualquier persona que está sana.

No obstante en un hospital están ingresados pacientes con diversas patologías en la que la su alimentación y nutrición va a ser muy importante en su proceso de recuperación, para este tipo de pacientes están las dietas terapéuticas que tienen como principal finalidad ayudar en la curación de la enfermedad, convirtiéndose en la mayoría de las veces en la base del tratamiento para una determinada dolencia o patología.

También nos gustaría destacar que estos pacientes ingresados, en algunas ocasiones tienen diversas alergias a las que el servicio de dietética y nutrición, junto con el personal de cocina (cocineros y pinches de cocina) tienen que tener muy en cuenta para adaptar su alimentación a dichas alergias de carácter alimenticio; en el Hospital Central de Asturias (HUCA) disponen de dos cocineros en exclusiva elaborando los primeros y segundos platos junto con la importante colaboración de los ayudantes de servicio o pinches, para realizar raciones individuales y personalizadas, evitando el gluten, alergia al pimiento, al huevo, a diversas frutas, y un sinfín más de posibles alergias existentes.

2 Objetivos

Describir las principales dietas terapéuticas existentes en un hospital y la clasificación de los 3 principales tipos.

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.
También se ha buscado información en internet a través de la información facilitada por diversos servicios de salud de España, así como en páginas especializadas en alimentación y nutrición, también se ha documentado en libros de texto de la escuela de hostelería de Gijón.

4 Resultados

Como bien se ha comentado en la introducción, las dietas terapéuticas vienen a ayudar en la curación de ciertas patologías o dolencias, en muchos casos serán fundamentales e imprescindibles en la recuperación del paciente; podemos distinguir en los siguientes tipos:

-Dietas esenciales: que son aquellas que se elaboran y constituyen como la base del tratamiento del paciente, para combatir una dolencia en concreto.

-Dietas profilácticas o preventivas: son aquellas destinadas a prevenir la aparición de una enfermedad concreta. Su objetivo es reducir la posibilidad de que aparezca una enfermedad para la que la persona puede ser propensa.

-Dietas paliativas: las destinadas a ayudar en la curación de la enfermedad.

En relación a la propia clasificación de las dietas terapéuticas que englobarán los grupos explicados anteriormente, destacamos las siguientes:

1)Dietas por modificación de textura:
-Dieta líquida clara o hídrica
-Dieta semblanza o de transición.
-Dieta blanda.

-Dieta ligera.
-Dieta hipoenergética o hipocalórica.
-Dieta hiperenergética o hipercalórica.

2)Dietas por modificación de los carbohidratos:

-Dieta hipoglucemia.
-Dieta para pacientes con anomalías en el metabolismo.
-Dieta rica en fibra o dieta laxante.
Dieta pobre en fibra o astringente.

3)Dietas por modificaciones de los lípidos:

-Dieta pobre en grasa.
-Dieta depresora del colesterol.
-Dieta rica en grasa o dieta cetógena.

4)Dietas por modificaciones de proteínas:

-Dieta hipoproteica.
-Dieta sin gluten.
-Dieta pobre en tiamina y dopamina.
-Dieta pobre en purinas.
-Dieta hiperproteica.

5)Dietas por modificaciones de ciertos minerales:

-Dieta hiposódica.
-Dieta con restricción del potasio.
-Dieta con restricción del calcio.

6) Dietas adaptadas: también existen dietas que adaptan para evitar el consumo de ciertos alimentos, como puede ser la carne, la carne de cerdo en particular, la dieta vegetariana, la ovolacteovegetariana, entre otras muchas. Cabe destacar que estas dietas personalizadas las valora y modifica el o la dietista.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el ayudante de servicio o pinche de una cocina hospitalaria tenga una actitud positiva de autoformación, implicándose en los procesos y

procurando mantenerse suficiente formado sobre las diferentes dietas y la importancia que tienen para la salud de los pacientes ingresados de un hospital.

Nos gustaría proponer que se realicen jornadas de formación de manera anual y dentro del horario laboral con la explicación del manual de dietas hospitalarias y el código de dietas, en donde el personal de cocina junto con el servicio de nutrición y dietética puedan proponer cambios teniendo en cuenta entre otras cosas la frecuencia o el desuso de una dieta.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/dietas-hospitalarias/
https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/f17f1975-d0a8-4b58-b512-5dbb722601eb/PPTANEXO5.PDF?MOD=AJPERES
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700024
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/ManualDietasC.pdf

Capítulo 626

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO HOSPITALARIO

DAVID BUENO RODRÍGUEZ

ALMUDENA PINILLA MORENO

EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO

PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ

ALEJANDRINA VELASCO ROMO

1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a hablar del celador y de la importancia de sus funciones más específicas en un entorno de trabajo que se encuentra relacionado con el área hospitalaria. Mencionar que sus funciones varían en función de si trabaja en un centro de salud o en el propio hospital al que nos referimos.
El trabajo del celador en el sistema sanitario público hospitalario es de suma importancia, es por eso que hemos decidido realizar este trabajo que relaciona funciones e importancia del celador en el sistema sanitario público.
Para su desarrollo vamos a tratar desde distintas actividades que en principio parecen menos importantes hasta otras que son de suma responsabilidad porque de su buena realización van a depender tareas posteriores de los sanitarios como

que los mismos puedan realizar una operación en quirófano a la hora que se haya estipulado.
Igualmente en esta introducción no podemos pasar por alto que las funciones de este tipo de personal se encuentran recogidas en un decreto, el de 1971 del 5 de julio en su artículo 14.2
Aunque en un decreto antiguo, en la actualidad es el que se usa para concretar las distintas funciones de este tipo de personal. En él vienen recogidas desde las funciones más básicas hasta las más complejas, las cuales vamos a desarrollar en el siguiente trabajo.

2 Objetivos

Los objetivos que hemos considerado necesarios para el desarrollo de este documento los hemos materializado en dos:
. Analizar y enumerar parte de las distintas funciones del celador en el área hospitalaria.
. Estudiar y poner de manifiesto como dichas funciones afectan al resto del personal que trabaja en él.

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

Una vez estudiadas las distintas funciones de este personal no sanitario trasladamos a continuación una serie de las funciones que hemos considerado como las más representativas de nuestro trabajo respecto a la labor del celador en el hospital.
Antes de eso debemos de tener presente que el celador suele ser el primer personal que está en contacto directo con el usuario del hospital, esta cuestión nos determina a este personal como relevante desde el primer momento que el usuario

accede al hospital. Es por ello que desde la puerta ya es posible que nos encontremos con un celador de puerta que nos guie y oriente en nuestro acceso al hospital.
Otra de sus funciones que hemos considerado importante es el celador trasladando a los ya pacientes en las instalaciones del hospital. Esto último va desde acompañarlos a pie al lugar de destino hasta llevarlos en silla de ruedas o camilla si fuese necesario. Con esto vemos que es relevante que el celador realice su trabajo correctamente porque en el primer caso ha sido necesaria la información que ha proporcionado desde la puerta y en los otros casos es fundamental su función de llevar al paciente donde se le requiera.
Estos resultados no solamente nos manifiestan la variedad de trabajos del mismo, sino que nos acerca al papel de cómo afectan sus funciones en el caso de no estar bien ejecutadas. Por ejemplo, si el médico llama al paciente y el paciente no encuentra el lugar o no es capaz de llegar por su propio pie al sitio que se le ha requerido, el médico no puede continuar la labor. Tampoco puede hacerlo el resto del personal en el caso de que el médico determine pruebas que realizar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de discusión hemos recogido dos cuestiones fundamentales que derivan de los objetivos anteriormente tratados:
Una vez analizadas y enumeradas parte de las distintas funciones del celador, concluimos que existen una diversidad de ellas y que el celador tiene una gran responsabilidad porque por un lado de él dependen parte del desarrollo del resto del hospital y por el otro debe de conocer una gran diversidad de trabajos como hemos visto con anterioridad.
La otra idea motivo de conclusión es que una vez estudiadas estas funciones vemos que afectan en gran medida al resto de trabajadores el que estén bien realizadas ya que de dichas funciones con posterioridad deriva el trabajo del resto de los sanitarios.

6 Bibliografía

-Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de hospitalización. E- Lena Design Editores.
- Equipo Encuentros Multidisciplinares. Editor. Universidad Autónoma de Madrid. Fundación General. (2011).

Capítulo 627

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

DAVID BUENO RODRÍGUEZ

ALMUDENA PINILLA MORENO

EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO

PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ

ALEJANDRINA VELASCO ROMO

1 Introducción

En este apartado introductorio queremos mencionar lo importante que es el celador en la realización y el conocimiento de los aspectos más relevantes de la movilización de los pacientes. Saber en qué momento debe de intervenir y cómo hacerlo es una tarea fundamental que debe de dominar a la perfección ya que de su buena o mala realización depende el resultado final del estado del paciente que se encuentre ingresado.

Estos aspectos relevantes de la movilización del paciente en el entorno de un hospital nos van a servir para ejemplificar como es el papel del celador en esta vertiente y lugar tan fundamental de su trabajo.

Igualmente destacamos en importancia el papel del celador en los momentos donde se enumeran las distintas situaciones que se pueden dar en un hospital o fuera de él para que se produzca la movilización. Las mismas se pueden producir por distintas causas y este personal debe de saber qué es lo que debe de hacer,

como son sus funciones, cuáles son sus competencias así como las de otro tipo de personal que hay en el hospital para no extralimitarse en las tareas que deben de realizar. En este estudio nos vamos a centrar especialmente en ir de la generalidad a la especificidad en la movilización. Esta última idea la retomamos más adelante.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio van orientados a analizar y conocer a rasgos generales que aspectos son importantes en la movilización de pacientes.
De otro lado examinar y enumerar como se producen las situaciones más importantes donde es preciso realizar la movilización de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En este apartado de resultados hemos querido exponer varias cuestiones relevantes que hemos extraído de este estudio. Nos hemos situado en la parte más general donde vemos aspectos importantes en la movilización como son los tipos de situaciones que se van a dar para movilizar a los pacientes con ello determinamos que existen muchos tipos o momentos en los que se va a mover al enfermo y en ello el celador debe de tener en cuenta que tipo de movilización se precisa según ese momento.
Es por eso por lo que los aspectos más generales de la movilización van a ir orientados en función qué situación concreta se da para desplazar al enfermo. Esta valoración es fundamental que la realice el celador en cada uno de los momentos porque cada uno va a necesitar una evaluación distinta. Vemos por ejemplo el caso del paciente que se traslada de la ambulancia al hospital donde debe de tener una gran coordinación con el resto de los profesionales y tener en cuenta, entre otras, que no tienen todos los recursos como si el traslado fuese en el hospital. Esta situación de traslado de pacientes cambia exponencialmente si el traslado

se hace del hospital a otra unidad ya que el celador no necesita de otro personal para el traslado porque lo hace solo. El tipo de movilización también es totalmente distintas en este caso.
El celador debe de conocer también aspectos importantes como la postura para el traslado según el tipo de movilización que vaya a realizar. Debe también de tener presente que patología presenta el enfermo para no agravar la situación inicial de la enfermedad. Es por todo ello que el conocimiento y la valoración del celador en distintas situaciones es de suma relevancia.

5 Discusión-Conclusión

Como resultados de este estudio podemos determinar como el celador debe de conocer a la perfección que aspectos son los más generales a la hora de movilizar al paciente. Esto se puede traducir en que este personal no sanitario debe de conocer cómo es la situación que se presenta para una vez que conozca los aspectos más relevantes, poder hacer una valoración correcta de la actuación en los diferentes momentos que se le puedan presentar.
Otro aspecto a tener en cuenta en este apartado es que el celador debe de saber que situaciones son las más habituales que se pueden presentar para movilizar al paciente ya que del conocimiento correcto puede este tipo de personal realizar una maniobra correcta a la hora de intervenir en la movilización.
Por tanto, el celador es un personal de suma relevancia en la movilización de los pacientes.

6 Bibliografía

Ochoa Guerra, Odette C. Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. (2004) MAC Editorial.
Sánchez López, I. (2015) Pacientes dependientes encamados: la movilidad. Área de innovación y desarrollo.

Capítulo 628

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

DAVID BUENO RODRÍGUEZ

PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ

ALEJANDRINA VELASCO ROMO

ALMUDENA PINILLA MORENO

1 Introducción

En este apartado de introducción queremos remarcar varias ideas que nos va a situar el presente documento en un contexto de actuación del celador en el quirófano.
Debemos de tener presente que además de las actuaciones o funciones propias de la generalidad del celador, éste presenta otras específicas que se consideran imprescindibles para el buen desarrollo del hospital, del resto de pacientes y personal sanitario.
El celador en el quirófano presenta una gran variedad de tareas desde transportar al almacén los aparatos y utensilios del quirófano para que se pueda dar la intervención hasta desarrollar otras actividades que parten ya desde el exterior del quirófano. Nos estamos refiriendo a cuando desde la planta donde está ingresado el paciente el celador debe de llevarlo al quirófano para ser intervenido.
Veremos en el presente documento la diversidad de funciones que el celador realiza en las cuales debe de estar perfectamente formado.

Además de estos aspectos que mencionamos este tipo de personal se encuentra con otras tareas que debe de conocer y que se encuentran en sus funciones en este espacio concreto de quirófano. En este caso nos estamos refiriendo por ejemplo las distintas técnicas de rasurado que debe de conocer y realizar llegado el caso de que fuese necesario y se le encargara.

2 Objetivos

Los objetivos que nos hemos marcado para este documento han sido:
Analizar y explicar sobre que cuestiones concretas se encarga el celador cuando su actuación se produce en el quirófano.
Por otro lado queremos enumerar varias de las tareas o funciones que el celador puede tener encomendadas dependiendo de la encomendación en este espacio de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.
En la segunda parte hemos recogido bibliografía relacionada con el trabajo en quirófano, centrándonos en las funciones puntuales que puede desarrollar el celador.

4 Resultados

De los resultados que hemos extraído hemos visualizado con anterioridad como la labor de este trabajador comienza en otros espacios distintos al de quirófano ya que es necesario que el paciente sea trasladado obligatoriamente a este área para ser intervenido. Vemos que esta función es una tarea que sí realiza el trabajador de manera frecuente y sistemática y no puntual como otras que vamos a mencionar. Existen otras muchas en las que el celador actúa de manera sistemática como puede ser ayudar al resto del personal que lo requiera y donde él esté destinado.

Ya en el área de quirófano tenemos a este trabajador, celador, colocando al paciente en la mesa de operaciones según la posición que anatómicamente le diga el cirujano o según las instrucciones que el mismo haya dado al resto de personal y que en cualquier caso, le indicarán al celador como debe de proceder. El celador debe de conocer a la perfección cómo y de qué modo debe de actuar.
Vemos por tanto que la labor de estos trabajadores son fundamentales en el sistema sanitario público y en muchos casos se convierten en imprescindibles.
Añadidas a estas cuestiones existen otras muchas funciones en las que el celador interviene en el caso de que el cirujano o en su defecto el superior del celador le indiquen como debe de proceder en estas otras. Esto se produce de manera puntual al contrario que las funciones mencionadas con anterioridad.
Nos estamos refiriendo a cuando el celador tiene que limpiar el material de quirófano, rasurar al enfermo e incluso explicar al paciente el procedimiento de limpieza o rasurado que se le va a realizar. Para todas estas tareas el celador debe de estar formado y realizar su trabajo correctamente.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de discusión y conclusiones, una vez visualizados los objetivos iniciales respecto a la actuación concreta que tiene el celador en el quirófano, hemos determinado que su actividad es necesaria para el correcto funcionamiento del área de trabajo porque son tareas que se realizan con una gran frecuencia. Como hemos visto, sus funciones se desarrollan desde que el paciente se encuentra en la planta hospitalaria y es llevado por el celador al lugar que le han sido asignado.

6 Bibliografía

- Iglesias Rámos, F. (2012). El celador en el área quirúrgica. Alcalá grupo editorial.
- Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de hospitalización. E- Lena Design Editores.

Capítulo 629

LA ESCUCHA ACTIVA. INTRODUCCIÓN AL COUNSELING

MARTÍN MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El counseling se basa en que la mayoría de los pacientes pueden solucionar sus propios dilemas con un poco de ayuda. Se ayuda al paciente a aclarar las ideas y los sentimientos y a explorar las distintas opciones y soluciones; usando técnicas de psicología. Lo más significativo del soporte emocional es la fabricación de los sentimientos. Lo principal del desarrollo del counseling es centrarse en los propios sentimientos, usarlos de forma provechosa, lo que nos posibilita también a practicar, a observar e indagar la de los demás.

La comunicación es un requisito y una cualidad propia de los seres vivos, donde la trascendencia se refleja manifestada también en el ambiente hospitalario. Lo mismo que sucede en las relaciones entre personas, toda relación profesional en el hospital implica obligatoriamente una relación interpersonal, en la que los aspectos comunicativos, bien entre el equipo de profesionales o entre los médicos y paciente, son valorados como una de las piezas claves. Los resultados de una buena comunicación entre profesional y paciente se pueden leer en las soluciones clínicas y en el agrado y sensación de comodidad, la certidumbre y la seguridad de los pacientes y sus familiares. En el ”Decálogo de los Pacientes” de la ”Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes” de 2003 se dio importancia a que la relación debe estar cimentada en la seguridad y confianza mutua y se defendió la participación de los pacientes en las decisiones sanitarias y la necesidad de realizar cursos de formación y preparación en habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

-Conocer una serie de pautas para realizar counseling de forma adecuada y obtener los resultados que se esperan.
- Desarrollar habilidades y técnicas de comunicación.

3 Metodología

Se lleva a cabo mediante una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo, utilizando las palabras claves counseling, escucha activa, empatía como descriptores. También se ha consultado las definiciones de la RAE para los principales términos usados en el capítulo.

4 Resultados

Los resultados a conseguir serán lograr la unificación y solución del conflicto. El paciente habla de sus emociones, al hablarlo, le ayuda a ver las soluciones a sus problemas y las posibles opciones. La escucha puede ser activa o inefectiva. En la escucha inefectiva hay interrupciones como: ordenar, avisar, reñir, amonestar, moralizar, discutir, enseñar, criticar, culpabilizar, alabar, aprobar, simpatizar, cuestionar, evitar, desviar, bromear, ridiculizar, etc. En la escucha activa se usan las parafrases que son frases cortas que dicen lo que otra persona ha hablado, se usan preguntas abiertas que no se pueden responder ni con un sí ni con un no, se trabajan los sentimientos, llegando a ellos, definiendo y clarificando, reconociéndolos, se integra y resuelve el conflicto, etc.
El estilo más habitual de relacionarnos no nos alienta a abrirnos cómodamente, pero las emociones están ahí y a no ser que el paciente nos tenga mucha naturalidad, no la conocemos, no sabemos cómo es y lo que siente. La técnica de escucha no suele ser objetivo porque no somos competentes de ver las fases en que la persona lo que espera de nosotros es tolerancia. Asimismo, nuestro error de escuchar el tiempo necesario y con la atención, ya que cuando escuchamos a alguien contar una dificultad, una pérdida o un acontecimiento doloroso, su historia nos recuerda nuestros propios sentimientos respecto a experiencias similares. Hay ocho normas a seguir: no juzgues, sé empático, no des consejo, no preguntes nunca el por qué, no tomes la responsabilidad del problema del otro, no interpretes la situación, concéntrate en el aquí y el ahora, concéntrate primero en los sentimientos. La empatía es la capacidad de comprender las emociones y los sentimientos de los demás por un proceso de asimilación propia.

5 Discusión-Conclusión

La capacidad psicológica del counseling se manifiesta como un instrumento de mejoría en el trato con el paciente, pudiendo ser de gran provecho. Sin embargo, sería imprescindible una superior certeza científica sobre el impacto en el progreso de la farmacoterapia.
Sin embargo, para lograr usar este nuevo tipo de relación concentrado en el paciente se necesita, además de tener unas capacidades comunicativas, una formación concreta, preparación previa en aspectos psicológicos y sobre todo un cambio de pensamiento, en la que el profesional sanitario ya no es el que recomienda al paciente a cumplir su tratamiento farmacológico, sino el que le asesora y le guía en el proceso de toma de decisiones.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000300007
Decálogo de los pacientes. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes (2003)

Capítulo 630

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?: UNA VISIÓN TANTO PARA EL PERSONAL SANITARIO COMO PARA EL NO SANITARIO

CARMEN VIÑA RODRIGUEZ

MONICA RODRIGUEZ RIEGO

MIRTA MAYO ALONSO

NOELIA ALVES RUBIO

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

1 Introducción

En toda empresa y aun cumpliendo todas las medidas de seguridad y salud, se puede producir un acontecimiento no deseado con resultado de lesiones, pudiendo llegar estos a ser desde baremables como muy graves, graves o leves, incluso llegar a la muerte. La legislación en materia de Prevención de Riesgos Laborales y Seguridad social recoge en su artículo 115 de la LGSS lo que es un accidente de trabajo, siendo considerado como esté la lesión corporal que sufran los trabajadores debido a su prestación laboral. Literalmente interpretado solo incluiría a los trabajadores por cuenta ajena, pero a desde el año 2007 a los trabajadores por cuenta propia también se les reconocerán los accidentes de trabajo como contingencia laboral.

Todo accidente de trabajo tendrá unas consecuencias, las cuales originaran unas posibles sanciones de acuerdo a la gravedad de este, siendo esto muy importante. Un correcto conocimiento de las sanciones por parte de los empresarios puede originar que estos pongan más medios y atención en la materia de seguridad y salud, ya que las sanciones pueden llegar a ser penales.
La información en estos casos es fundamental por un lado todos los implicados en la relación laboral deben conocer los protocolos para cuando se produzca la contingencia.

2 Objetivos

Con el presente trabajo científico se pretende definir lo que es un accidente de trabajo, tanto desde el punto de vista del personal sanitario como del no sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de la materia, para lo cual se han consultado en bases de datos científicas como son DIALNET, PUBMED y el buscador científico Google Académico. También se ha consultado en diversos manuales sobre la materia. Como variables de búsqueda se han utilizado "Riesgos laborales" y "accidente de trabajo".

4 Resultados

Según viene recogido en la norma, no todos los accidentes que se produzcan en la empresa serán considerados accidente de trabajo, para ello los servicios de dirección y personal han de conocer los accidentes que se pueden producir y saber si pueden ser considerados laborales.
Como forma de distinguir si se puede tipificar un accidente como laboral o común, hemos de basarnos en la LGSS y más concretamente en su punto 156.
La normativa nacional decreta que para que se pueda distinguir entre laboral o común y sea considerado accidente debe tener consecuencia para este y ser por una causa laboral. Como norma general para ser considerado laboral debe ser originado por su prestación laboral, si no es así será común y regulado por otra vía.
Pero no todos los accidentes producidos en el trabajo, la Ley los considera accidentes laborales, hay algunos supuestos que se enumeran a continuación en que

esto no se cumple:
1. El primer caso serían las causas no imputables al trabajador como son los fenómenos de la naturaleza (terremotos, maremotos, tornados).
2. El segundo caso serían cuando el accidente se produce como consecuencia de una actuación de una persona no relacionada con la empresa.
3. Otro supuesto más discutible es cuando por el medio hay una no cumplimentación de las normas de salud laboral por parte del trabajador.
4. Por último, la mala fe o la intencionalidad de sufrir un accidente por parte del trabajador.
La no aceptación de un accidente como laboral no supone el fin del procedimiento, ya que según está recogido en las normas, el trabajador, si no está de acuerdo, podrá impugnar el acto administrativo ante el órgano competente, pudiendo llegar incluso a la vía judicial.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que según esta recogido en la normativa nacional sobre Prevención de Riesgos Laborales y en las distintas normas de Seguridad Social, si se produce un accidente de trabajo, los trabajadores por cuenta ajena estarán cubiertos de las consecuencias de estos sin necesidad de periodos de carencia incluso estaría cubierto si no están dados de alta en el sistema de Seguridad Social.
En el caso antes descrito, si las consecuencias de sufrir un accidente de trabajo y no estar dado de alta como cotizante, puede suponer un delito penal para el responsable de la empresa, llegando a penas de cárcel.

6 Bibliografía

Sistemas de Gestión de la Calidad, Ambiente y Prevención de Riesgos Laborales. Su Integración. Dr. Ricardo Fernández García. Editorial ECU, 2006

Capítulo 631

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN HOSPITAL: FUNCIONES PRINCIPALES EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS.

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

CARLOS RUIZ LOSA

1 Introducción

En el mundo hospitalario se realizan muchas actividades y no todas son conocidas, este es el caso de la UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS, estas están compuestas por equipos multidisciplinares en las que se encuentran los médicos psiquiatras, enfermeras, asistentes sociales, personal de seguridad y por su puesto los auxiliares, en estas unidades se dirigen los usuarios que son remitidos desde primaria para que se les haga el seguimiento pertinente y donde se les da apoyo de todo tipo, tanto médico, farmacológico, asesoramiento, apoyo psicológico, etc.

Los auxiliares administrativos aquí son muy importantes, realizan muchas actividades, además de llevar un archivo en papel que en otros puestos ya no son necesarios, pues aquí hay mucha documentación en papel adjunta a los historiales de los pacientes, pues aquí también se encuentran personal derivados por

juzgados, en los que la documentación de esta debe de estar adjunta a la ficha del paciente, por lo que el archivo de estos debe de estar muy actualizado, así mismo el auxiliar tiene el trabajo extra de preparar la documentación de las personas citadas al día siguiente, para que los especialistas la tengan a su disposición y poder llevar mejor los casos que han de seguir ese día.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer los trabajos que realizan los auxiliares administrativos en las UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS.

3 Metodología

Se ha hecho un estudio minucioso de investigación y búsqueda de datos a través de distintos puntos, como búsqueda activa en internet, podemos destacar todas las ideas se detallan. Así como una búsqueda exhaustiva bibliográfica, en publicaciones subidas en red, así como una búsqueda sistemática de libros y consultas en las principales bases de datos como Pubmed, Medlines y Scile, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos en estas unidades de conductas adictivas hacen mucha labor de archivo, organizan adecuadamente los historiales de los pacientes/usuarios enviados desde atención primaria, por lo que escanean muchos documentos que son adjuntados a los expedientes (tarea que no es habitual en otros auxiliares administrativos pues trabajan con procesos todos informatizados), además que suelen llegar nuevas órdenes para estas personas, en la mayoría de los casos facilitados por los Juzgados, donde las situaciones pueden cambiar y estas situaciones deben de ser conocidas por el equipo multidisciplinar para ir adaptando las ayudas a proporcionar a estos pacientes.
Así mismo se tiene un control de visitas exhaustivo, donde todo debe de quedar muy bien reflejado, donde es importante saber si el paciente acude a sus citas cuando le es indicado. Además hay que recordar que hay mucho tipo de conductas adictivas, no sólo existe la ludopatía, hay muchos tipos de adicciones y muchas de ellas deben de ser controladas con medicación, y es importante no

saltársela para el bienestar de ellos mismos como de la sociedad y ambiente donde se desenvuelven.
Así mismo a estos auxiliares administrativos se les pide informes estadísticos de tipo de usuarios clasificando por sexo, edad, tipo de adicciones, número de visitas y demás funciones requeridas desde gerencia para saber el grado de efectividad, el número de personas que utilizaron este servicio y demás informes estadísticos que soliciten en ese momento. Esta es la función más compleja que realiza, pues en ocasiones se requieren factores no asumidos en lo largo de tiempo y el tiempo dedicado a realizado puede varias sustancialmente si esa función se ha tenido en cuenta desde que se empiezan a registrar datos de estos pacientes o si no es el caso se deben registrar desde un principio haciendo que sea este trabajo largo y tedioso.
El auxiliar administrativo en estas unidades también la función de dar citas, informar, atender al teléfono y labores propias propias del auxiliar administrativo

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos deben estar debidamente formados tanto a nivel psicológico (pues tratan constantemente con personas con problemas de conducta, donde se tienen que manejar con ellos bien tanto empáticamente como asertivamente) como a nivel de trabajo técnico, pues manejas gran cantidad de información que han de escanear, fotocopiar, colocar de manera precisa con sus informes y estar siempre, siempre actualizada. Es por ello que este equipo son unos "campeones", tanto en carga de trabajo, como que son capaces de llevar una carga mental importante, donde deben de desconectar de las situaciones y dramas que llegan todos los días y con los que están muy familiarizados.
Es por ello que estaría bien que recibieran apoyo psicológico ellos también para poder llevar bien su trabajo, evitar miedos y enfrentar el día a día de una manera más llevadera y eficaz.

6 Bibliografía

https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/
https://revistamedica.com/funcion-auxiliar-administrativo-salud-mental/
https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario
https://www.san.gva.es/es/web/dgas/asistencia

Capítulo 632

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL HOSPITAL;UNIDAD DE REGISTRO

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

CARLOS RUIZ LOSA

1 Introducción

Todo el personal que trabaja en un hospital realiza una función importante y necesaria para el buen funcionamiento de este, pero no todo ellos tienen un función visible a simple vista por los usuarios que entran en un hospital, el registro de documentos en el hospital es un trabajo muy específico en esta unidad, el usuario debe de buscar este puesto específicamente para dar con este personal, no es igual que cuando una persona entra por urgencias y los auxiliares administrativos toman nota de todos sus datos para que después se pueda dar su servicios, este es un trabajo muy específico, está señalizado como llegar a en el caso de necesitarlo, pero es un servicio que normalmente está ignorado por el usuario habitual de un hospital. Las funciones de registro también se pueden hacer en el centro de salud, pero está limitado a documentos muy concretos de carácter asistencial como son las solicitudes de cambio de médico, cambio de asistencial especializada, solicitud de reintegro de gastos por desplazamientos, orto protésicos, etc. y reclamaciones.

Los documentos que se registran en un hospital tienen que estar relacionados con la actividad que se hace en un hospital, solicitudes entre hospitales, y con la central. En este registro no se registran todos los documentos oficiales como si es el caso de los que se hacen a través de los ayuntamientos, oficinas de INEM, OCA.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es orientar acerca de los trabajos que realizan los auxiliares administrativos en los puntos de registro.

3 Metodología

Se ha hecho un estudio minucioso de investigación y búsqueda de datos a través de distintos puntos, como búsqueda activa en internet, podemos destacar todas las ideas se detallan. Así como una búsqueda exhaustiva bibliográfica, en publicaciones subidas en red, así como una búsqueda sistemática de libros y consultas en las principales bases de datos como Pubmed, Medlines y Scile, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos en estos puntos además de las funciones propias a su trabajo (informar, fotocopiar, hacer carteles, escanear, etc.) hacen los registros de los documentos que les son conferidos tanto por usuarios/pacientes, como los propios trabajadores o cualquier otra persona que desee enviar un documento dirigido a una gerencia determinada.
El auxiliar administrativo para poder registrar debe de confirmar la identidad de la persona que hace el registro, por ello solicita el D.N.I. de la persona solicitante, si la persona que solicita lo hace en nombre de un menor deberá acompañar también el D.N.I. del menor y también el libro de familia. Si el documento a registrar es de carácter asistencial, deberá solicitar/ pedir además la tarjeta sanitaria. La mayoría de los documentos que se pueden registrar tienen un modelo específico hecho por la administración con su código SIACII, el cual el usuario debe entregar debidamente rellenado para su posterior registro.
Los registros de estos documentos se realizan a través de la plataforma de registro único, accediendo a estos con las credenciales de usuario y contraseña que

facilita la administración a los trabajadores que realizan esta función. En el registro se identificará al solicitante o bien por el NIF, NIE o Pasaporte, o por el nombre completos, si el solicitante no se encuentra registrado se añadir en el apartado de nuevo y se cumplimentarán los datos requeridos en este apartado. Una vez identificado el solicitante (que podrá solicitar en nombre de un menor) se introducirá el código SIACII, nada más introducir este código el programa ya sabe qué tipo de documento es, el auxiliar administrativo identificará la unidad de destino a la que el solicitante solicita en envío y clicará en esta opción.
Por último habrá que indicar en la aplicación si la documentación se envía en papel o se hará telemáticamente, si se hace en papel, habría que poner sello de la administración con la fecha y con el número de registro que sale automáticamente al hacer este, y darle al usuario un justificante, la documentación saldrá después por valija una vez hecha la MINUTA. Si el registro se hace telemáticamente habrá que escanear el documento, el DNI y demás documentos que se solicitan si fuera el caso, pues se podrían adjuntar facturas y justificantes si así procede según la petición que se haga, las cuales se adjuntarán en documento puf. Al registro, y por último se le dará justificante al solicitante, en este último caso no sería necesaria la MINUTA, pues este documento llegaría directamente por el código SIACII a la unidad que hayamos indicado anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos deben estar debidamente formados tanto informáticamente como en el manejo de maquinaria auxiliar, pues como hemos podido comprobar no sólo debe manejarse con el ordenador con las aplicaciones pertinentes, también debe conocer el manejo de una impresora/scanner, pues cada vez son más frecuentes los registros telemáticos y para ello deben de saber del manejo de los escáneres, si estos están en red saber rescatar los documentos, si no son en red tienen que saber utilizar los dispositivos portadores de la información (tarjetas de memorias, USB, etc.). Así mismo deben saber contestar las posibles preguntas de los usuarios con seguridad, y para ello deben de recibir formación ya sea por personar ya con experiencia o con cursos para ese propósito.

6 Bibliografía

https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/

https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-inscripcion-registral-recien-nacidos/
https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario

Capítulo 633

CELADORES HACEN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU ROL EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO

PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO

RAQUEL SALVADOR MOYA

ANA ROSA PRIETO MARCOS

SATURNINA MARTINA TORRES MORA

1 Introducción

La unidad de urgencias está encargada de acoger y asistir a pacientes con problemas de diversas etiologías los cuales necesitan una atención médica inmediata por el proceso de gravedad que traen en cada situación. Generalmente, el Servicio de Urgencias es una unidad cercana a la puerta de acceso del hospital y/o centro de salud de cada zona para facilitar el acceso a los pacientes que llegan y necesitan atención inmediata urgente y/ o de emergencia (situación urgente y de riesgo para la vida del paciente llegando a peligrar la vida, a veces incluso, de varias personas a la vez y teniendo que saber reconocer las prioridades de las emergencias encontradas). Sin embargo, la urgencia normalmente no es caracterizada por un riesgo con alta gravedad para la vida del paciente. De hecho, la

mayor parte de las veces son casos agudos de una patología que necesitan atención, pero con la cual no estaría expuesta su vida en un periodo corto de tiempo, aunque sí habría que ser tratado para evitar complicaciones.
Por consiguiente, para que los pacientes tengan su derecho a la salud garantizado disponen de uno o varios servicios de urgencias en sus zonas y estos funcionan a diario durante 24 horas con una atención especializada. El celador en estos casos es la figura representativa del hospital siendo la primera persona que probablemente contacte con el paciente y manteniendo el contacto durante su proceso allí.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conseguir un mayor conocimiento sobre esta unidad de urgencias a través de una revisión sobre el enfoque de los celadores en este tipo de área y sus funciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Primeramente, después de revisar la literatura correspondiente sobre el tema en cuestión, se expone como el área de servicio de urgencias está caracterizado por la atención asistencial del hospital o centro sanitario; ya que, no todos los hospitales tienen el mismo nivel de asistencia sanitaria ni la misma focalización diferenciada de patologías. Por norma, los hospitales disponen de zonas de acceso garantizadas a los usuarios con o sin limitaciones, recepción del paciente con clasificación de ellos en la zona de triaje, salas de espera; todo esto, organizado con una buena comunicación a las áreas de especialización, observación, cuidados intensivos, quirófanos, laboratorios, etc. Actualmente, existen zonas aisladas por la pandemia vivida de la enfermedad Covid-19 donde el paciente no permanece en

contacto con otros pacientes para evitar nuevos contagios. Además de esta, existe la unidad pediátrica que se suele separar de las demás patologías por ser más vulnerables a patógenos e infecciones. Y en otra zona aparte, podemos encontrar la unidad obstétrica del área de maternidad donde se reciben las urgencias hospitalarias relacionadas con la maternidad y sus posibles complicaciones.
En cuanto al equipo organizado frente del Servicio de Urgencias se puede encontrar desde los médicos especialistas, el coordinador de las urgencias, el personal sanitario, los enfermeros, los técnicos, los celadores, los auxiliares de enfermería, etc.
La figura del celador en urgencias cumple varias facetas imprescindibles para el hospital. Respecto a las funciones del celador dentro de la unidad de emergencias del hospital podemos encontrar: al celador que recibe a los pacientes en la puerta de entrada el cual, dirige y orienta a las personas hacia la recepción para suministrar los datos o los transportará adonde sea necesario, si el paciente no puede por sus propios medios; también, cumplen la función de avisar al personal sanitario especializado en cada caso, deben mantener las camillas y sillas de ruedas listas para su uso en la entrada de urgencias, cumplen con la vigilancia de entradas autorizadas, prestan ayudas al personal sanitario que corresponda cada situación (sujeción de pacientes agitados, temerosos, etc.), trasladan comunicaciones y pacientes a las unidades y servicios especializados, igualmente se encarga del traslado de documentos, fármacos, mobiliarios, etc., y posteriormente, se encargan de llevarlo de vuelta si fuera necesario, acompañan a los familiares para que estén con el paciente después de una prueba y velan para que no circulen libremente por las áreas hospitalarias, así podrán lograr mantener el silencio y el orden adecuado. Todas estas funciones descritas son las que hacen importante a la figura del celador ante el personal y los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para resumir, el rol del celador en la unidad de urgencias junto con todas las funciones anteriores citadas son las que hacen la figura del celador como alguien cercano y afable que acompaña al paciente en los momentos delicados y le trasmiten seguridad y templanza. De hecho, es conocido como los pacientes y sus familiares tienen presente siempre al celador como una persona amiga en el hospital; ya que, este frecuentemente es quien le trasmite las comunicaciones de los superiores sanitarios y quien lo ayuda a la movilidad si no tuviera las capacidades necesarias para ello. El equipo multidisciplinar formado por la buena coordinación del sector sanitario de cada área no sería óptimo sin celadores en

su posición y con buena disposición para el trabajo.

6 Bibliografía

-Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.
-De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.
-López, J. F. M. (2011). El celador en el área de urgencias. Editorial Vértice.
-Oliver, P., & Díaz, R. (2021). Percepción de los profesionales sanitarios sobre cómo afecta la luz y ruido al sueño/descanso de los pacientes en el Servicio de Urgencias.
-http://celadoresonline. blogspot.com/p/tema-25 -actuacion-del-celador-en.html
-https://www.cgtsanidadlpa.org
/f/opes/celador/temas/ tema_10.pdf

Capítulo 634

PERSONAL NO SANITARIO Y PRIMEROS AUXILIOS. NOCIONES BÁSICAS DE ASISTENCIA EN EMERGENCIAS

GEMA DONAIRE GOMEZ

CARMEN DONAIRE GÓMEZ

1 Introducción

El personal no sanitario, dentro de cualquier estructura sanitaria, no dispone de conocimientos sanitarios que le ayuden a poder hacer frente a emergencias que puedan surgir en su día a día laboral.

Cualquier miembro del engranaje sanitario debería poder reaccionar correctamente y proporcionar asistencia a cualquier paciente que así lo necesite. Así pues, el conocimiento de nociones básico de auxilio en situaciones de emergencia resulta indispensable. De esta manera, cualquier persona que detecte una situación de riesgo vital de cualquier paciente, podrá reaccionar de una manera acorde a la situación que lo produce, pudiendo así minimizar el riesgo de lesiones o empeoramiento del paciente por negligencias en el manejo de la emergencia.

Para llevar a cabo una intervención efectiva, es necesario conocer los riesgos de la situación y poder analizarlos de una manera rápida y eficaz, para así poner en práctica las actuaciones necesarias para el auxilio de la persona o personas en riesgo.

El personal no sanitario, como ya hemos dicho, por definición no tiene conocimientos sanitarios, por lo tanto es muy importante proporcionar a este

grupo de trabajadores, las herramientas que les ayuden a poder suplir esa falta de conocimientos, proporcionándoles información y nociones básicas en la materia.

2 Objetivos

- Obtener conocimientos y nociones básicas de actuación en situaciones de emergencia.
- Conocer los procedimientos a seguir en situaciones de emergencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo este trabajo se han consultado diversas publicaciones sobre nociones básicas de primeros auxilios, además de realizar búsquedas sistemáticas de artículos relacionados con el tema a tratar, en bases de datos como: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los primeros auxilios son el conjunto de procedimientos y actuaciones que permiten la atención rápida de una persona accidentada hasta que llega la asistencia médica especializada. Lo que hagamos en primera instancia evita que las lesiones no se vean incrementadas y que la evolución del paciente, al menos, no empeore. La actuación de primeros auxilios está orientada a mantener a salvo a la persona o personas accidentadas, así como asegurar el entorno que rodea el lugar del accidente.
La finalidad de los primeros auxilios son:
-Mantener vivo al accidentado.
-Evitar nuevas lesiones o complicaciones.
-Hacer que los médicos lleguen al accidentado lo antes posible
-Aliviar el dolor.
-Evitar infecciones o lesiones secundarias.
Sugerencias para llevar a cabo una buena intervención de primeros auxilios:
*Actuar con rapidez pero conservando la calma.
*Evitar aglomeraciones.
*Saber imponerse.
*No mover a la persona herida, salvo que sea imprescindible.

*Traslado adecuado (como norma general, no inmovilizar al accidentado y si hubiera que hacerlo, moverlo en bloque).
*No dar al herido de beber, comer o medicar.
*Tranquilizar al herido.
*Mantener al herido caliente.
*Hacer solo lo imprescindible.
*Si no se sabe, abstenerse.
En el momento de ayudar a un accidentado, antes de precipitarnos a ayudar, es primordial que nos paremos a analizar los posibles riesgos de nuestro entorno. Es importante cuantificar y localizar las personas afectadas, para poder proporcionarles seguridad y protección ante posibles nuevos riesgos de su entorno, que puedan empeorar su estado de salud y el nuestro.
Simplemente, nuestra actuación debe ir encaminada a realizar maniobras sencillas para evitar males mayores a todos los accidentados, así como evitar que otras personas resulten heridas a consecuencia de la situación de emergencia que se ha generado.

5 Discusión-Conclusión

Conocer lo esencial en relación a los primeros auxilios puede ayudar a salvar una vida y a que, a su vez, no corramos riesgos mientras asistimos a una persona.
Es muy importante, trabajando en el ámbito sanitario, conocer unas nociones básicas de primeros auxilios, ya que la probabilidad de que un paciente necesite esa asistencia es mucho mayor.
Existen pacientes que cuyo primer contacto a la hora de llegar a un centro sanitario, se produce con personal no sanitario y que estos conozcan estas nociones básicas, hace que no se cometan errores contra la salud del paciente, o ellos mismos, a la hora de asistirlos. Tener una buena formación en primeros auxilios nos permite reconocer una emergencia y auxiliar sin peligro hasta que llegue un profesional.

6 Bibliografía

1.Primeros auxilios básicos [página de internet] https://www2.cruzroja.es/-/primeros-auxilios-basicos
2.Primeros auxilios [página internet] https://troposformacion.com/primeros-auxilios-basicos

Capítulo 635

CELADORES HACEN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU ROL EN LA UNIDAD DE UCI

JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO

SATURNINA MARTINA TORRES MORA

RAQUEL SALVADOR MOYA

PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO

ANA ROSA PRIETO MARCOS

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área con un servicio muy complejo, altamente especializado y cualificado debido a que, alberga a pacientes con enfermedades de suma gravedad, cuya estancia no puede ser atendida en planta hospitalaria ni por personal no especializado, y cuyo objetivo es otorgar un cuidado especial a los pacientes que se encuentran en condiciones críticas de salud y que requieran atención continuada y tratamientos intensivos. La unidad es multipolivalente con un acceso restringido a personal no autorizado de esa unidad o área y requiere de una continua vigilancia y supervisión. En cuanto a quien integra esa unidad, encontramos a un equipo multidisciplinar especializado en ese ámbito hospitalario cuyo objetivo es el sumo cuidado y desarrollo del paciente con la figura del celador integrándolo.

El celador de la unidad de cuidados intensivos debe estar bien capacitado y cualificado para ejercer su trabajo en esta área y es quien le proporciona un refuerzo a todo el personal de la unidad de cuidados intensivos. Ya que, en diferentes situaciones, se requerirá la presencia del celador para la realización de cambios posturales y relacionados con esto y tendrán que ser muy cuidadosos en ello porque los pacientes de UCI deben tener una movilización lenta y cuidadosa para que su estado no sufra empeoramiento.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conseguir un mayor conocimiento sobre esta unidad de cuidados intensivos a través de una revisión sobre el enfoque de los celadores en este tipo de área y sus funciones.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo se ha realizado una búsqueda de artículos científicos en revistas y artículos de interés actualizados, haciendo una selección primaria de literatura adecuada para revisarla y luego, se han seleccionado en función del interés científico de la metodología a estudio.

4 Resultados

Entre los resultados hallados sobre esta revisión sobre el celador, en la unidad de cuidados intensivos, destacamos las funciones llevadas a cabo por el celador: Primeramente, una de las funciones señaladas del celador es la de trasladar a los pacientes, en compañía del médico, enfermera o superior de turno adjudicado, para la realización de pruebas diagnósticas que no sean posible ejecutarse en esta área (TAC, Resonancias, etc.), el celador se encarga de la colocación de los enseres necesarios del paciente (botella de oxígeno a la cabecera o al pie de cama, goteros y bastón de sujeción, etc.) siempre bajo la supervisión de una enfermera o personal cualificado para ello, ya que ellos no deben manipular ningún tratamiento del paciente, además de, portar consigo toda la documentación clínica del enfermo; en frecuentes ocasiones, el celador será quien ayude al personal sanitario de los cambios posturales del enfermo, en la cama o donde su labor sea requerida, para ello, será imprescindible que el celador conozca y sepa realizar todas las posturas especializadas para facilitar la prevención de futuras lesiones; a la hora

de la higiene del paciente se proporcionará toda la ayuda necesaria al personal de enfermería para su correcto lavado y aseo y su sujeción o manipulación necesaria en este tipo de procedimiento; también, deben ayudar al técnico de las pruebas requeridas en la sujeción y movilización de los pacientes que lo requieran y al traslado del aparato portátil de RX a donde le indiquen ellos; cuando haya que notificar alguna comunicación a los familiares, solicitado por el médico, los celadores serán los encargados de trasmitir la comunicación y acompañaran a los familiares para que puedan visitar a los pacientes, con las precauciones debidas; los celadores deberán ayudar al personal sanitario encargado a amortajar a los pacientes fallecidos y se encargaran del traslado de los cadáveres al mortuorio; y entre las funciones más características del celador estarán las de vigilar el acceso al área, controlar que las visitas respeten los horarios establecidos y que los familiares usen adecuadamente las batas, calzas, gorros, las mascarilla para evitar contagios en el paciente. Por lo general, la figura del celador será útil en proporcionar toda la ayuda necesaria a sus compañeros de la unidad respetando las ordenes de sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir el capítulo después de revisar los artículos y la literatura correspondiente se llega a la conclusión de que, los celadores deben proporcionar la seguridad requerida a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos y asegurarse que su estado de salud no disminuya o empeore. Por lo tanto, el celador ante tales circunstancias siempre será precavido y tomará las precauciones debidas y los equipos adecuados de protección por su parte y procurará la protección también de los profesionales que van a asistirle. Asimismo, se procura la recuperación del paciente evitando malas praxis tanto de la manipulación de las instalaciones como de la movilidad del paciente que podría conllevar a un resultado de empeoramiento en un futuro. Por ello, el celador siempre actuará cautamente y seguro de sus acciones para proporcionar la garantía de seguridad que el paciente necesita en su estado y garantizar la mejora de imagen del hospital con su trabajo.

6 Bibliografía

-Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.
-De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.

-López, J. F. M. (2011). El celador en el área de urgencias. Editorial Vértice.
-Oliver, P., & Díaz, R. (2021). Percepción de los profesionales sanitarios sobre cómo afecta la luz y ruido al sueño/descanso de los pacientes en el Servicio de Urgencias.
-El celador en la UCI [Internet] Disponible en https://www.faeditorial.es/ capitulos/el-celador-en-la-uci.pdf
-Funciones del celador [Internet] Disponible en http://www.auxiliar-Enfermería.com/ funciones_ celador1. htm#marc08
-Actuación del celador en la UCI [Internet] Disponible en https://www.cgtsanidadl pa.org/f/opes/celador/ temas/tema_3.pdf
-http://celadoresonline. blogspot.com/p/tema-25 -actuacion-del-celador-en.html
-https://www.cgtsanidadlpa.org
/f/opes/celador/temas/ tema_10.pdf

Capítulo 636

CELADORES HACEN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU ROL EN CUIDADOS PALIATIVOS

JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO

ANA ROSA PRIETO MARCOS

SATURNINA MARTINA TORRES MORA

PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO

RAQUEL SALVADOR MOYA

1 Introducción

En la unidad de cuidados paliativos podemos encontrar a los pacientes que padecen una enfermedad grave o en su caso, su vida corre peligro de muerte por enfermedades terminales cuyo pronóstico de vida sea inferior a seis meses. Entre las características de los cuidados paliativos están los cuidados para mejorar la calidad de vida de los pacientes en su totalidad no solo se enfoca en la enfermedad que padece sino también en cómo hacer que el tiempo que le queda por vivir sea lo menos doloroso posible y su calidad de vida mejore en todo lo posible, evitando toda clase de sufrimiento y pesar; ya sea, físico como psicológico. Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos definen al paciente como terminal con una patología muy

avanzada en su desarrollo y un pronóstico de vida muy limitado e inferior a 6 meses.
Asimismo, los cuidados paliativos llevados a cabo en el ámbito hospitalario necesitan del trabajo en equipo (equipo multidisciplinar) por parte del personal médico y resto del personal sanitario. Aquí se halla la figura del celador que es el encargado de proporcionar los cuidados que le garantizan al paciente el bienestar y el confort que el paciente terminal necesita en esos momentos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conseguir un mayor conocimiento sobre esta especialidad de los cuidados paliativos a través de una revisión sobre el enfoque de los celadores en este tipo de unidad y sus funciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados exponen que, los cuidados paliativos que recibe el enfermo terminal son necesarios para que el paciente se sienta apoyado y fortalecido en lo que le queda de vida. El paciente en estos casos suele pasar por cinco fases antes de la aceptación de su finalidad, la muerte, aunque, a veces no llega a pasar por todas ellas, bien por tiempo o cualquier otra causa. Estas etapas de afrontación a la muerte son: la negación, la ira, la negociación, la depresión y al final la aceptación del desenlace final. Asimismo, el duelo vivido durante estas etapas, los pacientes suelen vivirlo de distintas formas y la figura del celador tiene que saber cómo tratar individualmente cada caso y saber respetar sus religiones, creencias, actitudes y demás necesidades en todos y cada uno de los casos.
El rol del celador junto con sus funciones asignadas debe ir siempre encaminado a la mejora de la calidad de vida del paciente, en todo momento y todas las

situaciones, proporcionándole una atención continuada e individualizada, conservando y manteniendo una higiene diaria y constante tanto del enfermo como de la habitación del paciente además, del área donde está destinado (conjunto de la habitación, zonas de paso, mobiliario y el material que es utilizado por el paciente durante todo su mantenimiento el centro hospitalario) y fomentando y potenciando la dignidad del paciente.
Por tanto, la figura del celador con el paciente en cuidados paliativos es primordial y está integrado en el equipo multidisciplinar asignado a esa unidad junto con médicos, enfermeras, auxiliares, etc., prestando una ayuda necesaria e importante para proporcionar los cuidados paliativos que el paciente necesita en esas horas. Es más, el celador debe ser precavido, cauteloso y profesional en el trabajo desarrollado y debe evitar apesadumbrar y molestar al enfermo, en todo lo posible. Por consiguiente, debe ser discreto y prudente con los comentarios y la comunicación que tenga que tener con el paciente terminal y con sus familiares y evitar en todo momento, desvelar información sobre diagnósticos que pertenecen al equipo clínico asignado. Cuanto más desarrolladas esté la empatía del celador, sea afectivo y le preste la dedicación y paciencia adecuada mejor serán atendidas las necesidades psicológicas del enfermo y más relajados serán sus días y su bienestar. El celador debe tener paciencia, ser respetuoso, colaborador y practicar la escucha comprensiva y empática con él; ayudarlo en todo momento y acompañarlo en sus últimos momentos y evitar que se sienta solo. En relación con la familia debe ser educado, paciente y saber desarrollar habilidades necesarias para las relaciones sociales, un celador siempre debe saber atender cualquier petición de la familia para poder ayudarles y prestarle su apoyo y aliento.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta revisión sistemática llegamos a la conclusión de que el rol del celador es un factor muy importante dentro del equipo de profesionales que atienden al paciente en estado terminal durante sus últimos días de vida. El bienestar que puedan proporcionarle al paciente en estas fases de transición a la muerte debe ser el objetivo principal del celador. Por tanto, debe ser conocedor de las etapas que los pacientes suelen pasar para estar preparado y dispuesto a ayudar al paciente a afrontarlas y superarlas con la mayor garantía de conformidad. La práctica de una buena educación emocional y social debe ser algo obligado en el rol del celador siempre con la buena intención de potenciar la calidad de vida del paciente y de sus allegados para que sus días sean lo más agradable posible.

6 Bibliografía

-Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(Supl. 1), 97-106. Recuperado en 09 de diciembre de 2017, de scielo.isciii.es
-Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.
-De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.
- Getino Canseco, M. R. (2009). La espera. El proceso de morir en el mundo de los cuidados paliativos. Universitat Rovira i Virgili.
-Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.
- Martínez, C. A. (1993). Páginas 14 a 19.
-Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.

Capítulo 637

REVISIÓN DEL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO RESPECTO AL MARCO JURÍDICO

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

CARLOS DAVID ORTEGA URBAN

RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ

CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY

MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO

1 Introducción

En el apartado de introducción queremos mencionar varias cuestiones que vamos a trasladar a lo largo de este estudio de investigación.
Por un lado, contemplar el régimen legislativo del personal no sanitario al servicio del sistema sanitario público. Donde en principio vamos a mencionar tres estatutos jurídicos que nos dan la clave para poder desarrollar por un lado el trabajo y funciones del personal médico, el sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario que es el que nosotros contemplamos en nuestro estudio e investigación.

Todos ellos conforman un cuerpo teórico de trabajo en la sanidad pública que viene a determinar que funciones ejercen tanto los sanitarios, como las específicas de los propios celadores; siendo necesario que estos últimos conozcan las distintas tareas del resto del personal del sistema sanitario público.
A este marco jurídico general que nos proporciona una visión global de la sanidad, se le une otro que está directamente relacionado con el profesional de la salud no sanitario celador.
Una vez determinadas las bases generales del resto del personal, nos vamos a central en las específicas de estos trabajadores de la sanidad, conformando con ello un marco que establece una serie de normas básicas respecto a este personal no sanitario.

2 Objetivos

Los objetivos que nos hemos propuesto son los siguientes:
-Realizar un estudio general sobre el marco jurídico del profesional del sistema sanitario público.
-Concretar lo anterior respecto a la figura 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 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

De los resultado extraídos y que hemos anticipado en la introducción, hemos recogido lo siguiente:
La visión global de este trabajo nos lleva a recoger tres estatutos jurídicos que nos marcan una línea de unión bien definida y que recoge tanto al personal sanitario como no sanitario.
El motivo de albergar al sanitario es porque para trabajar con el marco jurídico del celador hemos necesitado realizar una visión general del resto de personal con

el que se trabaja, siendo estos profesionales de la salud sanitarios y no sanitario el nexo de unión entre la sanidad y el celador.
Los tres estatutos son:
- el Decreto 3169/1996 del personal médico de la seguridad social. En él hemos podido visualizar unas nociones generales de las distintas funciones y responsabilidades que tienen los médicos respecto a sus tareas y cómo estas se relacionan con el celador. por otro lado tenemos el personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social en la:
- Orden del 26 abril de 1973. En ella se visualiza el papel de este personal al servicio de la sanidad. Sus funciones son primordiales para conocer la relación con las del celador, la responsabilidad que tienen sobre las mismas y cómo trabajan en relación con el celador.
Por último en este listado tenemos al celador en la siguiente orden:
-Orden del 5 julio 1971 en la que se detalla y especifican las funciones del celador en la sanidad. Éstas funciones nos dan un referencia clara de cuál es el papel del celador y nos introduce un marco jurídico importante que es la pieza fundamental de apoyo de las tareas del celador. En ella se referencia todas y cada una de las funciones que este personal desarrolla.

5 Discusión-Conclusión

En el apartado de conclusión determinamos que el celador forma parte de un contexto muy concreto de funciones que van relacionadas y unidas al resto de los profesionales de la salud. Dichas funciones son determinantes a la hora de especificar el campo de trabajo del celador ya que es un personal que depende en la mayoría de las ocasiones de otros trabajadores así como de sus funciones.
Otra de las conclusiones que extraemos de este marco jurídico es que el trabajo del celador con el resto del personal que presta sus servicios a las instituciones sanitarias se manifiesta como fundamental ya que las distintas funciones se entienden como un ”todo” y no como tareas separadas, independientemente de que cada trabajador deba de desarrollar las suyas propias.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.

Capítulo 638

FUNCIONES DEL CELADOR DEL ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO

CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY

CARLOS DAVID ORTEGA URBAN

RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el tema introductorio hemos querido visualizar como es la labor del celador en la sanidad respecto únicamente y exclusivamente al artículo 14.2 de la Orden del 5 de julio 1971.
Nos ha parecido un tema de relevancia dado que las funciones principales y secundarias del celador están recogidas en esta orden que nos concreta el trabajo del mismo.
Además de estas funciones específicas, esta orden deja un espacio a la interpretación más amplio en uno de sus apartados dejando constancia de que el personal no sanitario celador tendrá, además de sus tareas específicas, otras que serán asignadas en función del trabajo que esté realizando, las necesidades del

servicio y las órdenes de sus superiores que en muchos casos suelen ser del jefe de personal subalterno de la unidad a la que esté destinado.
Otro aspecto a tener en cuenta en esta introducción es que el trabajo del celador está muy relacionado con ser, normalmente, el primer personal con el que contactan los usuario y enfermos en el sistema sanitario público. Esto es determinante para el usuario ya que de la correcta atención de este personal en esos momentos iniciales puede depender tanto el resultado final de la atención como la buena predisposición del usuario al acceso a los servicios.

2 Objetivos

En el apartado de objetivos hemos recogido los siguientes:
-Analizar el artículo 14.2 de la Orden de 5 julio de 1971.
-visualizar la importancia de estas funciones en el sistema sanitario público.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados de nuestro trabajo nos proyectan el siguiente resumen:
Teniendo en cuenta , como hemos mencionado en la introducción, que el celador es la primera persona con la que se encuentran normalmente los enfermos y usuario del servicio nacional de salud, es una premisa que debemos de mencionar ya que la misma esa una cuestión de la que parten muchas de sus funciones específicas.
Esto se puede concretar y ejemplificar mejor a través del celador de puerta o del mismo cuando se encuentra aportando información general del servicio del centro en el que está destinado.
Las funciones específicas de la orden que mencionamos en su artículo 14.2 vienen a determinar tareas como: tramitación de las comunicaciones verbales, documen-

tos u objetos. Especifica el artículo que esto debe de hacerse sin demora, estableciendo así un régimen de prioridades que veremos en el apartado de conclusiones. Los servicios de guardia en sus turnos es otra de sus tareas específicas, así como la vigilancia del centro de destino.
Otra de sus funciones importantes es velar por el orden y silencio en todas las estancias de la institución en la que se encuentre. Unido a esto especifica el artículo que se incluye la vigilancia nocturna del mismo.
Respecto a sus tareas, existe otra de ellas que va relacionada con los posibles altercados que este personal pueda tener que gestionar y que no controle debido a la gravedad del mismo. Es por esto que el artículo recoge y especifica que en los momentos de conflicto el celador tiene la obligación de comunicar a sus superiores los altercados mostrando así un régimen de trabajo que da paso desde el específico de sus funciones, al general de dar cuenta de lo ocurrido a su superior. Dicho superior es frecuente que sea el jefe de personal subalterno.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizado el anterior apartado y expuesto el desarrollo del mismo concluimos que las tareas del celador que vienen reflejadas en el artículo 14.2 de la mencionada orden, contemplan una gran variedad de actividades que nos permite manifestar la importancia del celador en la sanidad pública. Las mismas vienen a situar y delimitar aspectos específicos de la sanidad pública que igualmente concluimos con la relevancia de tener las funciones de este personal en una orden y artículo concreto.
Por último, manifestar cómo conclusión que en las funciones del celador se establece un régimen de prioridades marcando así unas tareas como de urgencia respecto a otras.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.

Capítulo 639

RELACIÓN DEL CELADOR CON EL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ

CARLOS DAVID ORTEGA URBAN

CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY

MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO

1 Introducción

En el apartado de introducción hemos determinado diversos aspectos que nos dan la clave del desarrollo del siguiente trabajo de investigación.
La relación del celador con el personal de gestión y servicios es determinante para las actividades organizativas que realizan entre ellos. De este personal hay varios superiores del celador que se encargan de gestionar y organizar las taras principales de este personal y que vamos a estudiar a continuación, pero entre ellos destacamos la relación del jefe de personal subalterno ya que de él depende en gran medida la responsabilidad de las tareas asignadas y determinadas en el estatuto jurídico del personal celador.
Este personal celador en este marco jurídico tiene funciones muy específicas que debe de realizar y que a su vez son supervisadas por el superior más directo que es el jefe de personal subalterno.

Añadidas a estas funciones principales que le vienen siendo asignadas, se encuentran otras que van a depender de diversas cuestiones organizativas, las cuales, en su mayor medida las va a determinar el jefe de personal subalterno.
Siendo por tanto, éste una figura principal en las labores que desarrolla el celador y el máximo responsable de que las funciones del celador estén bien realizadas, organizadas y priorizadas.

2 Objetivos

Los objetivos que nos hemos marcado para este estudio son los siguientes:
Analizar la figura del jefe de personal subalterno.
Relacionar dicha figura con las funciones 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 ejecutado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, a la vez que seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados que hemos trabajado en este estudio los hemos recogido en las ideas que exponemos a continuación en este apartado del estudio de investigación:
Las funciones del jefe de personal subalterno son diversas pero hemos considerado necesario que las mismas vayan orientadas al respecto de la relación con el celador y las funciones propias de éste. No obstante, debemos de saber que en principio hemos separado sus tareas con el fin de tener claro la relevancia de las funciones del jefe de personal subalterno en la sanidad y en su relación con el celador. Estas tareas nos darán una idea bastante aproximada del trabajo que ha de contemplar este trabajador subalterno en la sanidad y como posteriormente se relaciona con el celador.
El jefe de personal subalterno pertenece al mismo grupo que el celador pero concretamos que junto con él, pertenece a la escala general y no a la escala de servicio.

Aunque no vamos a especificar todas sus funciones, sí concretar que las mismas se encuentran recogidas en el artículo14.1 de la Orden 5 julio 1971 del estatuto del personal no sanitario. En este caso, al igual que el celador.
Las funciones del jefe de personal subalterno que están relacionadas con el celador pasan por instruir al personal en el cual se encuentra el celador. Vigilar que el mismo cumpla sus tareas y cometidos de manera correcta, ejerce la jefatura del personal de celadores y mantener el régimen establecido por la dirección.
A estas tareas relacionadas con el celador se le suman otras muchas donde el fin último es asignar al jefe de personal subalterno gran parte de la responsabilidad de las tareas del personal de gestión y servicios y que las mismas se encuentren bien desarrolladas y coordinadas en función de las necesidades del servicio.

5 Discusión-Conclusión

Continuando con este apartado de conclusión y según hemos visto en el anterior de resultados, es por tanto, el celador un personal que depende directamente del jefe de personal subalterno a pesar de que en la Orden mencionada aclara que puede tener otros superiores.
Otra de las conclusiones pasa por mencionar que el jefe de personal subalterno presenta una gran variedad de funciones de las cuales hemos mencionado que la mayor parte de ellas pasan por supervisar al celador, coordinarlo e instruirlo en las tareas que tenga asignadas o le haya asignado el jefe de personal subalterno por necesidades del servicio.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.

Capítulo 640

ANTIPSICÓTICOS, TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL

LAURA SUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

En la actualidad, se pueden encontrar una amplia variedad de medicamentos, detrás de todos ellos se encuentra una enorme industria y el uso de ellos día a día se ha normalizado.

El término fármaco vine del griego phar makon, que se utilizaba para designar cualquier tipo de sustancia que se introduce en el organismo y provoca cambios. Esta palabra tenía varios significados dependiendo del contexto, podía referirse a una cura, un remedio, una receta, una droga, un veneno, etc.

Se entiende como fármaco a una materia que está formada por una mezcla química de la cual se conoce cada una de sus partes con exactitud; esta sustancia además puede provocar cambios y efectos en la persona que la consume. Un buen consumo de fármacos está controlado y dosificado para evitar otro tipo de complicaciones que puedan causar algún daño en el organismo.

Hay varios formas de clasificar a los fármacos, por un lado tenemos el código ATC (Anatómico, Terapéutico, Químico) es el utilizado por la Organización Mundial de la Salud. Por otro lado existen otras clasificaciones más simples, se puede clasificar según su forma farmacéutica (líquida, sólida, etc.) y según la vía de administración (rectal, oral, etc.). Estos últimos al ser más sencillos son los más usados comúnmente, ya que se puede diferenciar el tipo de fármaco sin entrar mucho en el detalle.

2 Objetivos

- Dar a conocer la definición de antipsicótico.
- Identificar las clases de antipsicóticos típicos y atípicos.
- Monitorización de los antipsicóticos para un adecuado uso.

3 Metodología

La información obtenida para llevar a cabo el trabajo de ”antipsicóticos, trastornos de la salud mental” se ha recopilado de diversos artículos de interés sobre el tema mencionado.

Realizando una búsqueda online en diferentes bases de datos de Salud, por ejemplo en las conocidas como PubMed, S cielo, Dialnet, Google Académico y seleccionando artículos que no superasen los 5 años de antigüedad.

4 Resultados

1. ANTIPSICÓTICOS

A la hora de referirnos a los fármacos antipsicóticos que también se les conoce como neurolépticos, tenemos que entender que son conocidos por el uso de pacientes con una determinada enfermedad mental conocida como psicosis; pero se ha de tener en cuenta que también son administrados para tratar otro tipo de patologías mentales como por ejemplo el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la demencia…

Hoy en día no se conoce una cura para estas enfermedades, pero si se puede reducir sus la intensidad y la frecuencia de sus síntomas mediante un tratamiento, por lo que esto puede llevar a que estas personas puedan tener una calidad de vida.

Cuando se administra este tipo de fármacos se ha de seguir una pauta y una dosis determinada para que el tratamiento cumpla su función y ha de tenerse en cuenta el grado de relajación que necesite el paciente y los efectos secundarios que puede provocarle una dosis demasiado elevada.

Un dato importante es que poco se conoce sobre el mecanismo de acción de los antipsicóticos, se entiende que estos fármacos actúan interrumpiendo la acción de la dopamina y esto produce los efectos extrapiramidales. Es decir, la función que se conoce de estos fármacos es que imposibilita que la dopamina haga su función en el cerebro y esto provoca un aumento de las funciones de histamina,

Esto significa, básicamente, que impiden que la dopamina ejerza su función en el cerebro, y que ocurra un aumento de las funciones de la histamina.
Se ha de aclarar que aunque todos los antipsicóticos tienen una función principal, hay muchas diferencias dentro de la familia de estos fármacos, y es importante conocerlos, ya que esto depende de su eficacia terapéutica y de su mecanismo de acción.
Al existir estas diferencias, podemos realizar varias clasificaciones de los antipsicóticos. De todas las posibles clasificaciones que se pueden hacer, la más conocida es la que divide a estos fármacos en dos grupos, los antipsicóticos típicos (AT) y los antipsicóticos atípicos (AA).

1.1. Antipsicóticos típicos (AT)
Los antipsicóticos típicos, como su nombre indica, son los clásicos, es decir, los primeros que se comercializaron, los más antiguos.
Su acción principalmente es antidopaminérgica, inhiben la actividad de la dopamina. Se ha demostrado que son eficaces a la hora de calmar los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios…) pero no son generan una respuesta positiva a la hora de afrontar otros síntomas como el aislamiento social, la depresión…
En relación con el tratamiento administrado al paciente es similar para este grupo de antipsicóticos, pero no todas las personas generan la misma respuesta, depende del tipo de fármaco administrado. Los resultados varían muy poco entre un paciente y otro; los síntomas más importantes, son los SEP y el grado de sedación que pueda generar el paciente a la hora de consumir el fármaco.
Dentro de este tipo de antipsicóticos, podemos dividirlos en 3 grupos:
Grupo 1: clorpromazina, levomepromazina (metotrimeprazina) y promazina.
Grupo 2: periciazina y pipotiazina.
Grupo 3: flufenazina, perfenazina, proclorperazina y trifluoroperazina.

1.2. Antipsicóticos atípicos (AA)
Los antipsicóticos atípicos son la nueva generación. Aparte de inhibir los receptores dopaminérgicos, también inhiben los receptores serotoninérgicos. A demás son más eficaz a la hora de enfrentarse a los síntomas.
Estos antipsicóticos han desbancado a los antipsicóticos típicos (AT), pero no se ha demostrado clínicamente que sean más efectivos unos que otros.
El fármaco que dio origen a este nuevo grupo fue la clozapina. Esta tiene unas propiedades diferentes a los antipsicóticos típicos, es menos propensa a producir SEP, no aumenta la prolactina, ayuda a controlar mejor los síntomas.

Todas estas cualidades que mejoran la eficacia de estos fármacos se cree que

se deben a que producen más efecto sobre la serotonina. Pero se ha de ter en cuenta que estos fármacos también tienen efectos adversos como la aparición de convulsiones, el aumento de peso.
Dentro de este grupo podemos encontrar distintos antipsicóticos como: amisulprida, aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, sertindol, olanzapina, risperidona y zotepina

2. MONITORIZACIÓN DE LOS ANTIPSÍCOTICOS
La monitorización de antipsicóticos es muy importante. Se entiende como monitorización los actos que llevan a asegurarse que la dosis que ingiere el paciente del fármaco es la adecuada y no supera la recomendada. Es fundamental tener el conocimiento de la concentración del antipsicótico en la sangre del paciente, para evitar interacciones con otros psicofármacos.
Con los antipsicóticos atípicos, al ser más recientes, se tiene una menor experiencia. La monitorización de clozapina, olanzapina y risperidona es una práctica bien establecida, pero para el resto de este grupo los resultados no tienen una evidencia tan amplia. A pesar de ello, se defiende su consumo para mejorar la eficacia, sobre todo en pacientes que no responden a dosis terapéuticas o que desarrollan efectos adversos.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de estos últimos años, los trastornos de la salud mental se han elevado, llegando a ser hoy en día una patología más común; por lo que ha aumentado el consumo de estos fármacos, por lo que es importante conocer sus efectos y su funcionamiento. No todos los fármacos precisan una monitorización. La mayoría de los fármacos tiene un amplio intervalo terapéutico y se pueden recetar siguiendo unas pautas generales.
La introducción en el mercado de los nuevos antipsicóticos ha modificado el patrón de uso de los mismos y ha ocasionado una fuerte tendencia hacia el consumo de ellos.

6 Bibliografía

https://labtestsonline.es
https://www.elsevier.es
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle

https://www.samfyc.es
https://infotiti.com/2018/01/antipsicoticos/

Capítulo 641

EL CELADOR EN DIVERSOS CAMPOS DE ESTUDIO: TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

JAVIER ALGUACIL LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO

JAVIER MARIN GÓMEZ

PABLO DEL PINO RODRIGO

1 Introducción

El soporte vital básico o SVB o también reanimación cardiopulmonar básica, se considera una atención que está indicada en enfermos donde su vida peligra con carácter inminente y que todos los profesionales de la salud deben de conocer, ya que puede salvar la vida del paciente mientras es atendido por un sanitario.
La enseñanza básica de determinadas actuaciones por parte del celador es en muchos países una cuestión de primer orden. Que todos los profesionales de la salud sepan cómo actuar llegado el momento en el que haya una persona en estado de gravedad y no pueda esperar a ser atendido por el sanitario es una tarea fundamental de todos.
Dado que en muchos de los casos el celador es el primer profesional de la salud que tiene contacto con el paciente hasta que llegan los equipos sanitarios, es

imprescindible que el mismo sepa realizar técnicas de atención urgente llegado el caso de peligrar la vida de la persona que tiene la urgencia y ser el celador ese primer trabajador que acude a atenderle.
En este texto vamos a ver en qué consisten dicha atención y por otro lado la importancia de este profesional de la salud, celador, que no siendo sanitario, sí está en contacto con los pacientes y debe de conocer determinadas maniobras.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio los enumeramos a continuación:
- Analizar la importancia de las técnicas de soporte vital básico en el servicio nacional de salud.
- Relación de las técnicas de soporte vital básico con la figura 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer varios puntos que están relacionados solo y exclusivamente con las técnicas de desarrollo del soporte vital básico y por otro lado la relación de dichas técnicas con el celador.
Exponer también que existe un vocabulario de términos, a la vez que técnicas que se consideran iniciativas interesantes acerca de la las distintas técnicas más habituales para salvar la vida en una urgencia. Dichas técnicas de atención se suelen usar en las emergencias prehospitalarias, siendo fundamental su correcta aplicación.
Las fases las dividimos en: se detecta la urgencia y se deben de activar los protocolos de aviso y de urgencia de manera inmediata. Para ello el celador debe de saber que la primera de sus actuaciones es avisar a emergencias si no se ha hecho ya.

La segunda de ellas es poner en marcha el soporte vital básico, comenzando por la reanimación cardiopulmonar. La tercera de las fases que el celador debe de realizar es la desfibrilación para recuperar el latido cardiaco. No obstante, hasta aquí podría el celador intervenir, pero los siguientes pasos en los que el soporte vital básico se convierte en avanzado (SVA) se debe de tener en cuenta que en este caso deben de realizarlo los servicios de emergencias propiamente dichos.
Acto seguido y en cuanto lleguen los servicios de emergencias, el paciente será llevado al hospital de inmediato. En definitiva, el soporte vital básico son determinadas maniobras sencillas que pueden hacer que en casos extremos el paciente pueda esperar a que lleguen los servicios de urgencias, recibiendo una atención donde se intenta recuperar el latido de la persona atendida y ganar el tiempo necesario como para que sea atendido por los sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizadas las técnicas de soporte vital básico y expuesto los pasos a seguir, determinamos que son técnicas sencillas a la hora de aplicarlas, pero que pueden salvar la vida de una persona que llega con urgencia y no puede esperar a que vengan los servicios de emergencias.
Igualmente, concluimos la importancia del que el celador sepa que la primera actuación es llamar a los servicios de emergencias.
De estas tareas concluimos igualmente que determinadas actuaciones por parte del celador bien aplicadas pueden salvar la vida de una persona, ya que las mismas consiguen ganar el tiempo necesario para que el enfermo esté reanimado el tiempo suficiente hasta poder ser atendido por sanitarios.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2009) El celador en centros de salud y servicios hospitalarios. Formación Alcalá SL.

Capítulo 642

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

ROSALINA FANJUL MENÉNDEZ

1 Introducción

El burnout se produce como consecuencia de la acumulación excesiva de estrés en trabajadores con puestos de alta competitividad o alta responsabilidad, y su jornada pasa factura a enfermedades relacionadas con el estrés, como dolores de estómago, cansancio extremo, que se traduce en problemas psicológicos y físicos como mareos.

Este síndrome puede conducir a un estado de depresión severa, por lo que es muy importante tomar medidas para evitarlo, especialmente si ya comienzan a aparecer los primeros signos de estrés excesivo. En estos casos, es sumamente importante consultar a un psicólogo para aprender a desarrollar estrategias que ayuden a aliviar el estrés y la presión constante.

El agotamiento puede ocurrir con mayor frecuencia en personas cuyos trabajos involucran a otros, como médicos, enfermeras, cuidadores y maestros. Aunque los síntomas más comunes son psicológicos, las personas con este síndrome también pueden experimentar con frecuencia dolores de cabeza, palpitaciones, mareos, dificultad para dormir e incluso resfriados. En resumen, como prefacio a este trabajo, es de suponer que la principal causa del burnout es el entorno y las condiciones de trabajo.
El 1 de enero de 2022 entró en vigor el reconocimiento del síndrome de burnout por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este síndrome, según

los expertos, estará relacionado con el agotamiento mental, emocional y físico que provoca el trabajo.

2 Objetivos

Desarrollar de manera específica tanto la definición como los diferentes síntomas del Síndrome de Burnout y como afecta éste en el ámbito sanitario.

3 Metodología

La metodología usada en este capítulo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con el Síndrome de Burnout en el ámbito sanitario. Con este propósito se ha acudido a diferentes artículos y publicaciones académicas, así como diferentes bases de datos (PUBMED, SCIELO…).

4 Resultados

Como síntomas más comunes tenemos los siguientes:

-Emociones negativas continuas: es muy común que las personas con este síntoma tengan una actitud negativa constante.
-Fatiga física y mental: las personas en este síndrome a menudo están cansadas y difíciles de recuperar.
-Falta de deseo: una de las características comunes del síndrome de fatiga especializada es el deseo de hacer y la falta de motivación y realizar actividades sociales.
-Es difícil concentrarse: a las personas les puede ser difícil concentrar en el trabajo, el trabajo diario o las conversaciones simples.
-Falta de energía: uno de los síntomas de expresión es la falta de energía para mantener hábitos saludables, como ir al gimnasio o tener un sueño normal.
-Sintiendo incompetencia: algunas personas pueden sentir que no están haciendo suficiente trabajo dentro y fuera.
-Es difícil encontrar alegría haciendo lo que hizo: generalmente sentía que ya no le gusta algo similar, como practicar deportes.
-Prioridad a las necesidades de otras personas: el síndrome de fatiga profesional a menudo tiene otros aspectos.
-Cambio de humor repentino: otra característica común es el cambio de humor repentino en muchas etapas de estímulos.

-Aislamiento: para los síntomas anteriores, las personas tienden a aislarse de personas importantes en la vida, como amigos y familiares.
-Otros síntomas regulares incluyen tiempo para ejecutar tareas profesionales. Además, cuando nos vamos de vacaciones, a menudo volvemos al trabajo cansados durante el descanso.

Las personas con agotamiento a menudo no logran identificar todos los síntomas, por lo que es posible que no se den cuenta de lo que está sucediendo. Por lo tanto, si cree que tiene este síndrome, debe buscar la ayuda de un amigo, familiar u otra persona de confianza para identificar sus síntomas. Sin embargo, para el diagnóstico y la sospecha, lo mejor es llevar a alguien a un psicólogo para analizar los síntomas, identificar problemas y administrar el tratamiento. Durante la sesión, el psicólogo también puede administrar el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para identificar, cuantificar y definir el síndrome.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento del síndrome de burnout debe ser guiado por un psicólogo o psiquiatra y generalmente se logra con una combinación de medicamentos y terapia durante 1 a 3 meses.

Tan pronto como aparecen los primeros signos de agotamiento, es importante centrarse en estrategias para reducir el estrés, como:
-Establece pequeñas metas en tu trabajo y en tu vida personal.
-Participar en diversas actividades recreativas con amigos y familiares.
-Participe en actividades no diarias, como caminar, salir a comer o mirar películas.
-Evite siempre el contacto con otras personas y personas ”negativas” que buscan trabajo.
-Habla de tus sentimientos con alguien en quien confíes.

Además, realizar actividad física durante 30 minutos o más al día, como caminar, correr o ir al gimnasio, también puede reducir el estrés y aumentar la producción de neurotransmisores que aumentan el bienestar. . Por lo tanto, incluso si la necesidad de hacer ejercicio es muy débil, debe ceñirse a ella, como invitar a un amigo a que lo lleve a caminar o andar en bicicleta.

6 Bibliografía

- Temario Oposición SESPA, año 2019, Academia KARBA.

- Temario Oposición SESPA, año 2019, CSI.

Capítulo 643

EL TRABAJO DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

JAVIER MARIN GÓMEZ

PABLO DEL PINO RODRIGO

JAVIER ALGUACIL LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO

1 Introducción

La labor del celador en el hospital y en general en la sanidad es muy variada, tanto que a veces viene a realizar funciones tan distintas como la atención al paciente, la vigilancia de las instalaciones o el cuidado de los animales en el animalario.
En este espacio de investigación vamos a estudiar el trabajo del celador en las consultas externas, no obstante debemos de tener en cuenta que el trabajo del mismo en este espacio es básicamente una labor de apoyo.
Las funciones del celador se encuentran divididas para este estudio en aquellas que el mismo realiza de manera independiente como tareas básicas de su trabajo y aquellas en las cuales sirve de apoyo a otros profesionales de la salud. Por tanto, el trabajo del celador en consultas externas es de aquellos trabajos en los que está sirviendo de apoyo al resto de profesionales.
Con ello consigue que parte de sus tareas sean el complemento a las de otros profesionales de la salud, como puede ser ayuda al personal sanitario o en algunos

caso en los que también el celador ayuda a otros profesionales como pueden ser los auxiliares administrativos. Esto irá relacionado en función de las distintas tareas que les hayan sido asignadas.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio los enumeramos a continuación:
- Analizar la importancia del celador en área de consultas externas.
- Dividir las funciones del celador cuando trabaja en las consultas externas.

3 Metodología

La metodología de trabajo nos ha llevado a consultar varios aspectos metodológicos a grandes rasgos que nos proyectan una visión general del estudio. De otro una bibliografía específica que nos concrete el tema de trabajo y con ello podamos tener una mirada mucho más concreta al tema de trabajo

4 Resultados

Los resultados de este trabajo los vamos a determinar a continuación y para ello vamos a exponer que el trabajo en las consultas externas que realiza el celador es un trabajo de apoyo a otros profesionales de la sanidad.
En las consultas externas pueden ser requeridos para diferentes espacios de trabajo y los vamos a dividir para su estudio en tres concretos que definen a la perfección la diversidad de funciones como celador de consultas externas.
En primer lugar, tenemos el área asistencial donde el celador cumple distintas funciones desde trasportar documentos como las historias clínicas, mover aparataje que se le haya encomendado o ayudar a un enfermo si tiene problemas de vestirse o desvestirse.
La otra área de trabajo en la organizativa. En ella el celador cumple otra serie de cometidos como pueden ser ayudar a los auxiliares de enfermería en el control de pacientes. Esto se realizará a través de las historias clínicas de los pacientes. Una tarea del celador en este espacio puede ser el ordenar esas historias clínicas.
La última de las áreas de trabajo se centra en la función de atención al profesional de la sanidad que llamamos la puesta a punto de la consulta. En esta tarea el celador muestra diversas funciones de trabajo antes de que comience la consulta del personal médico y también su trabajo continúa después de que la consulta

esté cerrada y ya no atiende a pacientes. En este espacio cumple funciones tan distintas como trasladar el mobiliario a otros espacios, llevar la ropa a la lavandería e incluso llevar y traer el material que se encuentre ya esterilizado y listo para poder volver a usar por el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

De las conclusiones que hemos extraído de este apartado de resultados hemos determinado, por un lado, que el celador tiene una gran responsabilidad en gran parte de los servicios que gestiona en el área de consultas externas.
La división que hemos realizado anteriormente nos determina y delimita el espacio concluyendo que el celador cuando está en el área de consultas puede realizar funciones que son independientes las unas de las otras.
Por último como conclusión final determinamos que depende del celador tareas tan específicas como dejar preparada la consulta antes de que comience la atención de pacientes y la misma es una función que debe de conocer a la perfección para que con posterioridad el médico pueda continuar su labor.

6 Bibliografía

Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.

Capítulo 644

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y EN TANATORIOS

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

JAVIER ALGUACIL LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO

JAVIER MARIN GÓMEZ

PABLO DEL PINO RODRIGO

1 Introducción

El trabajo a realizar en el hospital por parte del celador depende del área donde esté destinado. Es frecuente que las funciones que realice el celador vayan orientadas al trato y a servir al paciente. De hecho una de las funciones del celador es ayudar al resto del personal que trabaja en el hospital procurando en todo momento el bienestar del paciente.

No obstante, las funciones del celador son tan distintas en algunos casos que de ese trabajo inicial que hemos mencionado pasamos a otro prácticamente distinto que es el trabajo del celador cuando está destinado a la sala de autopsias y al tanatorio.

Este espacio lleva consigo una serie de cuestiones añadidas al lugar de trabajo y es que el celador necesita una serie de conocimientos que solamente los va a poner en práctica en este lugar.

Es por eso que nos ha parecido importante en este trabajo exponer en los siguientes apartados al trabajo del celador relacionado con determinados conceptos generales que el mismo debe de tener en cuenta en la sala de autopsias.
Por último y definiendo la muerte en este trabajo como el cese total y definitivo de las funciones vitales, siendo totalmente distinto a lo que nos encontramos en el resto del hospital.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio los enumeramos a continuación:
- Enumerar distintas características de este espacio y su relación con el celador.
-Analizar el trabajo del celador en la unidad de autopsias y el tanatorio.

3 Metodología

La metodología de trabajo nos ha llevado a consultar varios aspectos metodológicos a grandes rasgos que nos proyectan una visión general del estudio. De otro una bibliografía específica que nos concrete el tema de trabajo y con ello podamos tener una mirada mucho más concreta al tema de trabajo.

4 Resultados

Este apartado de resultados va enfocando a visualizar una idea general del celador en la sala de autopsias y el tanatorio.
Este trabajo se va a centrar en la otra parte del hospital cuando ya no se puede hacer nada por la vida del paciente. En este espacio de trabajo el celador va a realizar otras funciones que en muchos casos no tienen relación con las que venía desarrollando en el resto del hospital.
El celador en este espacio debe de conocer además del modo de trabajo, la terminología a utilizar en este lugar. Son frecuentes palabras como la que figura en los documentos de muerte del paciente enfermo, ya que es de uso continuado en este espacio. Estamos hablando de la palabra exitus que significa el momento en el que ha ocurrido el fallecimiento. Esta palabra es utilizada para referirnos a un momento concreto en este espacio de trabajo.
Respecto a la valoración de la muerte pertenece al personal sanitario realizarla. De esto tenemos que el celador no solo debe de conocer sus funciones, sino las del resto del personal para no invadir trabajo de otras categorías profesionales.

El celador según su estatuto, tienen como funciones primordiales en este espacio ayudar al personal de enfermería o a las personas que están encargadas de amortajar a los enfermos fallecidos.
Esto implica otras tareas como el aseo al muerto o el desplazamiento del mismo.
Esta tarea de ayuda nos lleva a otra que es específica del celador y que es la de desplazar el cadáver al mortuorio, normalmente desde unas áreas muy concretas del hospital como pueden ser el servicio de urgencias.
El celador ante cualquier duda de los familiares del fallecido tiene la obligación de remitirlos al médico responsable en aquel momento.

5 Discusión-Conclusión

Una de las conclusiones que extraemos es que el celador tiene la obligación de conocer una serie de terminología básica para poder realizar bien su trabajo en este espacio.
Otra de las determinaciones es que el celador tiene unas tareas de apoyo en este espacio siendo, por tanto, un personal que en esta tarea va a recibir órdenes de otro tipo de personal que no necesariamente tiene por qué ser de una categoría superior.
Por último en este apartado la importancia de no extralimitarse en sus funciones, ya que cuando no es competencia del celador determinadas cuestiones como puede ser informar a los familiares, este tiene la obligación de remitir al facultativo las dudas que le presenten los familiares.

6 Bibliografía

Ochoa Guerra, Odette C. Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. (2004)MAC Editorial.

Capítulo 645

PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

Trastornos neurológicos por lesión del Sistema Nervioso.
A nivel encefálico o cerebral, medular, raíces nerviosas o Sistema Nervioso Periférico o en la unión neuromuscular.

Hay que identificar los déficits funcionales o de desempeño ocupacional.
Las acciones del cerebro: es un sustrato de conductas motoras relativamente simples y las acciones cognitivas (pensar, hablar…).
Las funciones mentales están localizadas en regiones específicas del cerebro y pueden ser comprendidas según las propiedades de las neuronas específicas y sus interconexiones. Las neuronas de diferentes regiones son bastante similares, las distingue el número y los tipos y cómo están conectadas entre sí. De estas interconexiones surge el comportamiento (tanto en respuestas reflejas simples como en actos mentales complejos). La conducta es resultado de un patrón de transmisión de señales entre células interconectadas adecuadamente.

La información sensitiva llega a regiones multisensitivas de procesamiento de la corteza cerebral (áreas de asociación): la información se combina para suscitar el recuerdo de intentos anteriores. La participación de los sistemas cerebrales relacionados con el movimiento voluntario para iniciar la conducta. Las áreas multisensoriales de asociación establecen conexiones con centros motores de orden superior que organizan un programa que se transfiere a la motora primaria para su ejecución.

Los traumatismos craneoencefálicos constituyen una de las afecciones más frecuentes del sistema nervioso.
Definición: Lesión en la cabeza debida a la absorción de energía mecánica por el cráneo en el momento del impacto (afectación del Sistema Nervioso). Es la primera causa de muerte e incapacidad por debajo de los 40 años. La incidencia mayor en adolescentes y jóvenes (entre 15 y 25 años). Los accidentes de tráfico, laborales, deportivos y domésticos son los más frecuentes.

2 Objetivos

Conocer como los TCE afectan a nivel de Sistema Nervioso
Así como conocer paso a paso la intervención con el fin de:
- Recuperar la funcionalidad.
- Reconstruir o recuperar su vida en la medida de lo posible.
- Mejorar y/o prevenir la discapacidad, la capacidad.
- Prevenir el aumento de discapacidad.

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

Después del momento o fase en que se encuentre el paciente al inicio del tratamiento. Debe basarse en el entorno real y en las actividades necesarias para su vida diaria.

TRATAMIENTO FASE AGUDA:
A lo largo del proceso, la conducta del paciente no siempre tiene un carácter propositivo: en coma o saliendo, estimular para la realización de actividades sencillas y conocidas para conseguir los objetivos planteados..
En coma: ayudar al despertar con estímulos a través de canales sensoriales disponibles.
Auditivos (música, voces familiares), visuales (fotos en la habitación), somestésicos (contactos corporales por estímulos sensitivos superficiales y profundos), olfativos (olores agradables/desagradables), gustativos (sabores).
Problemas de deglución (en TCE graves).
Estímulos de las funciones orales, deglutorias y de alimentación (precisan múltiples respuestas neurofisiológicas y de relación con el mundo).
Pilares de nuestra intervención precoz: Disfagia y sustitución de la sonda nasogástrica por alimentación oral.
Acciones de prevención de complicaciones respiratorias, cutáneas y ortopédicas.
Cambios posturales, confección de férulas.

Si no está en coma:
Intervención global: reeducación motora, rehabilitación cognitiva y relación del ser humano con su medio.
Lo antes posible.
Conseguir máximo nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (sirven también para determinar el nivel de independencia y calidad de vida futura).
En estas actividades contribuye: mejor orientación del sujeto y desarrollo de las capacidades sensoperceptivas, cognitivas y comportamentales.

Analizar cualquier avd supone elementos:
- Físicos: Reeducación del movimiento terapéutico o la compensación de las alteraciones motoras y sensoriales residuales.
- Cognitivos: Reentrenamiento y compensación de déficits en relación: atención, memoria, funcionamiento visoespacial, funciones ejecutivas, etc.
- Conductual: Alteración en cambios afectivos y trastorno de la personalidad: intervención para lograr integración familiar y comunitaria lo más satisfactoria posible.

Ejercicios terapéuticos: Adquirir patrones funcionales de movimiento. Centrados en los problemas sensorio-motrices.
Actividades Básicas de la Vida Diaria: Empezando por el movimiento en cama.
Actividades técnico-terapéuticas: Aplicación de las habilidades conseguidas.

Actividades grupales: Componentes sensorio-motrices, intelectuales y sociales (fomenta el desarrollo de la relación grupal e interpersonal y socialización)
Adaptaciones y ayudas técnicas: Permitan y faciliten las actividades cotidianas y complementen su independencia o que faciliten la labor del cuidador.

TRATAMIENTO FASE NO AGUDA:
Seguir trabajando aquellas disfunciones que siga presentando tanto a nivel físico como perceptivo, cognitivo y conductual.
Una de las mayores dificultades: Transferencia de lo aprendido desde el departamento a casa. En esta fase se pueden ver las dificultades en casa de su rendimiento ocupacional porque su entorno es mucho más amplio.
Periodo de recuperación y adaptación a las secuelas: Enfoque centrado en la persona: que participe activamente, que negocie los objetivos prioritarios, motivaciones del sujeto, actividades que tengan significado para él, compromiso en la recuperación.
Resultado: No es fácil de predecir. Objetivos realistas que pueden llevar años de tratamiento.
Casi siempre: Estado de parón en el que no se obtiene evolución: planificar cuidadosamente las acciones a seguir para maximizar la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Valoración del sujeto:
- Determinar nivel de funcionalidad. La mayoría de los casos: compleja combinación de problemas físicos, cognitivos, emocionales, conductuales y psicosociales.

Elección de marco de referencia:
- En hospitalización o etapa aguda: enfoques que inciden en la recuperación física.
- Etapa más crónica: centrados en el individuo de manera global. Prioridad al rendimiento ocupacional, productividad y ocio y tiempo libre.

La planificación dependerá siempre de la situación función/disfunción del paciente, en diferentes áreas de ejecución en el desempeño ocupacional y en los diferentes roles. Este tipo de pacientes necesitan una serie variada de marcos de referencia y enfoques para conseguir el mayor nivel de autonomía y el máximo rendimiento ocupacional.
Trabajo del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

• Polonio B, colaborador principal: Luis Garra. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos. Madrid. Madrid. Médica Panamericana; 2003. p. 81-114
• Ortega Valdivieso MA, Domingo Sanz MA, Navarrón Cuevas E (coordinadoras). Tema 65: planificación e intervención en los trastornos neurológicos: traumatismo craneoencefálicos. Accidentes cerebro-vasculares. En: Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud Vol. 3. Sevilla. Editorial MAD; 2007. P 209-224.

Capítulo 646

PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN EN Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

Es una de las patologías que causa más discapacidad en el adulto. Sus manifestaciones clínicas tienen un gran impacto en el estilo de vida de la persona.
Definición: Interrupción del suministro de sangre en una determinada área encefálica. Suele presentarse de forma brusca. Genéricamente denominados ICTUS CEREBRALES. Su comienzo es brusco, después tiene una fase de estabilización y tendencia a la regresión. Causas:
• Trombosis: Trastorno vascular. Se forma un trombo en el interior de un vaso sanguíneo que ocluye la luz de los vasos.
• Embolia: Proceso circulatorio anormal. Hay un émbolo (cuerpo extraño, volumen gaseoso o de aire, partícula tisular o tumoral o porción de un tumor que circula en la corriente sanguínea) que viaja a través del torrente hasta que se aloja en un vaso.
• Anoxia: Ausencia de oxígeno en el cerebro.
• Hemorragia: Pérdida de una gran cantidad de sangre en un corto periodo de tiempo (externa o interna).

• Aneurisma: Dilatación localizada de la pared de un vaso sanguíneo (generalmente causada por ateroesclerosis e HT y con menor frecuencia, traumatismo, infecciones o debilidad congénita de una pared del vaso).
Independientemente de la causa y si es isquémico o hemorrágico, ocurre una lesión focal que cursa con parálisis o paresia de un lado del cuerpo (hemiplejia o hemiparesia) o de ambos lados (hemiplejia o hemiparesia bilateral). Si no es completa: AIT (accidente isquémico transitorio), síntomas transitorios por insuficiencia vascular o deterioro breve y focal de las funciones neurológicas.
La lesión suele ocurrir en un hemisferio y según el lado, puede haber: déficits motores y sensitivos, deterioro de las funciones perceptivas y cognitivas, de la personalidad premórbida, de las habilidades para resolver problemas y del raciocinio.
Las consecuencias dependen de la gravedad de la lesión, del territorio cerebral afectado y de la recuperación espontánea del propio cerebro.

2 Objetivos

Objetivos propuestos.
Establecer, restaurar, mantener o modificar determinadas destrezas.
Prevenir para evitar la aparición o evolución de las barreras para el desempeño.
Fomentar la mayor autonomía del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

LESIONES CAUSADAS POR EL ACV:
-Motrices: Alteración tono muscular (ausencia, hipotono o hipertono). Incidencia directa en las Avds. Sin buena apreciación de la línea media.
-Sensoriales: Alteración de la propiocepción (lado afecto y sano), de la respuesta motora y de la integración sensorial, de la sensibilidad táctil, trastornos visuales (hemianopsia homónima)

- Perceptivas: Alteración del esquema corporal. Olvido del lado afecto, relaciones espaciales, agnosias, apraxia.
- Cognitivas: Dificultades para concentrarse, en la memoria, para tomar decisiones.
- Psicológicas: Controlar el estado de ánimo (labilidad emocional, agresividad, frustración).

VALORACIÓN:
Cada paciente presentará su propia combinación de problemas que generan diversas incapacidades. Realizaremos una valoración cuidadosa para ver la etapa en que se encuentra, las deficiencias existentes y probables interrelaciones.
Es necesario conocer la personalidad premórbida (entrevista con el propio paciente o la familia). Las pérdidas sensitivo-motoras se acompañan de cambios de la imagen corporal y de personalidad que afectan a la relación con los demás.

VALORACIÓN BASAL:
- Tono muscular: Flacidez y espasticidad.
- Control motor: Calidad de los patrones de movimiento, equilibrio, etc.
- Alteraciones sensoriales: Sensación, los miembros no afectados también deben ser valorados. Alteraciones visuales por sus implicaciones en el tratamiento: hemianopsia (dibujar línea horizontal, colocar al paciente en el centro de la línea con la cabeza mirando al frente y pedirle que trace una raya en la mitad de la línea).
- Deficiencias perceptuales: Esquema corporal, apraxia (a veces pueden ejecutar movimientos de manera automática pero no al ordenársele)
- Problemas asociados: Subluxaciones de hombro (secundaria a parálisis de los músculos escapulohumerales.
Contracciones musculares: los miembros permanecen en una sola postura, desarrollan un patrón hemipléjico típico. Síndrome del hombro-mano: dolor en el hombro y mano, así como edema. Labilidad emocional: llorar, reír, ira no causadas.

Otras complicaciones: Inversión del ritmo del sueño. Malnutrición por parálisis pseudobulbar. Neuropatía ciática por presión prolongada del nervio en un paciente inmóvil. Hiperextensión de la rodilla. Epilepsia en más del 15% de los pacientes. Osteoporosis de la extremidad paralizada. Tortícolis.

Visión de conjunto. Baterías:
LOTCA.
COTNAB.

MIF/FIM.
Barthel.

TRATAMIENTO FASE AGUDA:
Según enfoque, distintas actividades. A veces, explicarle el por qué y el para qué.
Cuidados posturales correctos en decúbitos.
Posición correcta del paciente en sedestación: focalizar la atención al lado afecto, almohadón que sostenga el hombro en elevación, brazo en extensión, corrección de la posición de la cadera y extremidad inferior flexionada a 90º.
Técnicas de movilidad en cama.
Trasferencias.
ABVDs (actividades básicas de la vida diaria).
Actividades de control de tronco y equilibrio.
Actividades para pérdidas y alteraciones sensoriales.
Actividades soportando el peso del cuerpo en el miembro superior afecto.
Actividades bilaterales (automovilización).
Ejercicios y actividades activo-asistidas amplias.
Actividades en bipedestación: método correcto para levantarse, cambio de peso en bipedestación y equilibrio.
Actividades para mejorar los problemas perceptivos: habilidades para coger objetos, colocar dos objetos juntos, copiar, emparejar.
Actividades funcionales, de destreza y coordinación en miembro superior pléjico.
Actividades de inicio y prensión en la mano y de disociación de dedos.

TRATAMIENTO EN LA FASE NO AGUDA:
La evolución es lenta. Tratamiento para aumentar al máximo la funcionalidad y la independencia del individuo.
Actividades de cambio de dominancia.
Rehabilitación compensadora en fase crónica.
Férulas posturales de la mano.
Actividades que ayuden a fomentar nuevas aficiones.
Actividades que faciliten los roles de la persona dentro del seno familiar y de la sociedad.
Adaptaciones necesarias para que vuelva a desarrollar actividades independientemente de las limitaciones funcionales causadas.
Enseñar y entrenar a los cuidadores en el manejo de la persona, al paciente a ser responsable y colaborar según pueda

5 Discusión-Conclusión

La persona con lesión unilateral del cerebro no pierde necesariamente la capacidad para llevar a cabo ciertas tareas funcionales: puede volver a aprenderlas usando funciones superiores en el procesamiento. Cada hemisferio diferencia aspectos de la misma experiencia:

- Hemisferio cerebral derecho: Percepción visual, espacial y operaciones mentales.
Lesión: omitir o minimizar problemas, efectuar tareas con demasiada rapidez y no poner atención a los detalles
-Hemisferio cerebral izquierdo: Pensamiento analítico lógico en las funciones simbólicas (lenguaje, conceptos, ideas y números)
Lesión: mucha lentitud en la ejecución en un esfuerzo de hacerlas correctamente, dificultad para comprender y recibir instrucciones orales.
Un porcentaje elevado de pacientes queda con secuelas graves. Estado depresivo debido a la lesión o reactivo. Puede interferir en la recuperación, en sus relaciones familiares, en su calidad de vida.
Atención global para conseguir un estilo de vida aceptable con la mayor funcionalidad y la mejor calidad de vida posible.

6 Bibliografía

• Polonio B, colaborador principal: Luis Garra. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos. Madrid. Madrid. Médica Panamericana; 2003. p. 81-114
• Ortega Valdivieso MA, Domingo Sanz MA, Navarrón Cuevas E (coordinadoras). Tema 65: planificación e intervención en los trastornos neurológicos: traumatismo craneoencefálicos. Accidentes cerebro-vasculares. En: Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud Vol. 3. Sevilla. Editorial MAD; 2007. P 209-224.

Capítulo 647

RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS VALORES Y LOS PRINCIPIOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

MARIA PILAR MARTIN MERINO

ENRIQUE ALAMO SANTIAGO

ROSARIO TEJERO TOLEDO

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

ROSA MARIA VARGAS BRAVO

1 Introducción

Es habitual hablar de celador respecto al trabajo que realiza en el sistema sanitario público y que él mismo suele estar relacionado con las funciones que el celador realiza en los hospitales. No obstante, en este trabajo de investigación vamos a tratar de visualizar qué cuestiones previas debe de conocer el celador a la hora de trabajar en el sistema sanitario público. Vamos a tratar de exponer cuáles son los valores y los principios del Servicio Andaluz de salud. Todos ellos deben de conocerlos los distintos profesionales que trabajan en la sanidad, ya que ellos nos van a marcar las pautas del proceder y los protocolos de actuación respecto a los principios que persigue la sanidad pública en España. Hay una resolución que nos va a aclarar parte de dichos valores, nos estamos refiriendo a la resolución del 12 de diciembre del 2006. Con ella se aprueba la distinta cartera de servicios

de la sanidad donde su objetivo está especialmente relacionado con prestar atención sanitaria al ciudadano ofreciendo servicios públicos de calidad y el máximo aprovechamiento de los recursos existentes. Para conseguir esta misión es indispensable que exista una relación directa entre los distintos profesionales de la salud y el conocimiento de dichos valores para poderlos transmitir y aplicar.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio los enumeramos a continuación:
- Analizar de manera general los valores que plantea la resolución del 12 de diciembre del 2006.
- Exponer determinadas características de los principios de la actuación del celador en relación con dichos valores.

3 Metodología

La metodología de trabajo nos ha llevado a consultar varios aspectos metodológicos a grandes rasgos que nos proyectan una visión general del estudio. De otro una bibliografía específica que nos concrete el tema de trabajo y con ello podamos tener una mirada mucho más concreta al tema de trabajo.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer los distintos valores a los que nos estamos refiriendo y qué principios básicos presentan los organismos relacionados con la sanidad pública. Esto está relacionado con aportar una atención sanitaria de calidad a través de los recursos que ofrece la sanidad. Uno de los principios importantes que mencionamos es la equidad donde el servicio sanitario público tiene una labor importante en ello. Persiguiendo con este principio que todos los ciudadanos sean iguales y tengan derecho al cuidado de su salud por igual. Otro de estos valores importantes es la accesibilidad, o sea que, por un lado, se deben evitar actitudes que discriminen o favorezcan a algunos ciudadanos más que otros, como, por otro lado, proteger al ciudadano que sea más débil para así poder tener una sanidad pública lo más accesible posible a todos por igual. Existe en esta resolución una serie de valores que amplían el abanico de principios básicos, pero los que están relacionados con el personal que estamos trabajando celador los exponemos a continuación. De ellos extraemos la eficacia

como otro de los ejemplos, que en el caso del este trabajador debe llevarla a cabo en muchas de sus tareas, la eficiencia es otra de ellas, donde el celador debe de cuidar el material y aprovechar todos los recursos a su disposición para actuar de la mejor manera posible. Otro de los valores que propone esta resolución y que aplicamos directamente al celador es su actuación teniendo en cuenta el realizar una importante organización y no individualizar el trabajo, sino prestar una asistencia coordinada con el resto de los trabajadores. Esto nos lleva a la última de las características básicas de esta serie de valores relacionadas con el celador y es el trabajo del equipo donde el celador se integra en una complejidad del sistema de atención público dando así una mejora continua de la calidad en el servicio.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones, por un lado, vamos a determinar la importancia de dicha resolución en la sanidad pública, ya que la misma nos lleva a tener una organización mucho más coordinada de los valores que deben de desarrollar los distintos profesionales de la salud. Igualmente, extraemos como conclusión el que determinados valores que hemos expuesto en el apartado de resultados y que están directamente relacionados con el personal celador, nos dan la posibilidad de determinar que el celador aplica en la mayoría de sus funciones diarias en el hospital los principios básicos a los que alude la resolución como puede ser la eficacia en sus funciones y la organización en las mismas. Conformando con todo ello una serie de principios básicos comunes que deben de seguir todos los profesionales de la sanidad.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2009) El celador en los centros de salud. Formación Alcalá SL.
Ceballos Atienza, R. (2021) El celador en los servicios especiales y áreas de hospitalización. Formación Alcalá SL.

Capítulo 648

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

MARIA PILAR MARTIN MERINO

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

ROSARIO TEJERO TOLEDO

ENRIQUE ALAMO SANTIAGO

ROSA MARIA VARGAS BRAVO

1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a mencionar como este estudio de investigación va enfocado a las funciones del celador en el sistema sanitario público, tanto en los hospitales como en centros de salud. Estas funciones están recogidas en el Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social y concretamente en la orden del 5 de julio de 1971. A pesar de ser una orden antigua, es la que actualmente se viene utilizando para especificar las funciones que debe de tener el celador de cara a la sanidad pública. A lo largo de este texto vamos a tener en cuenta varias cuestiones para analizar el papel del celador en la sanidad y por tanto sus funciones. Mencionar que se creó la orden porque fue necesaria adecuar la formación de este tipo de personal que era tan indispensable en la sanidad pública y su papel no estaba definido. Era y siguen siendo las distintas funciones del celador tan necesarias que sin desarrollarse estas, la institución, tanto hospital como ambulatorio, quedarían paralizadas. Las

funciones de los mismos vienen recogidas en este Estatuto de personal no sanitario en el artículo 14.2 que lleva como título los celadores, en el ejercicio de sus funciones.

2 Objetivos

Los objetivos que contemplamos en este trabajo son:
Analizar el papel del celador en el servicio andaluz de salud.
Examinar las distintas funciones del celador según su estatuto de personal 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

De los resultados que hemos analizado vamos a mencionar aquellos que nos han parecido más relevantes y que están relacionados directamente con las funciones del celador en la sanidad y con el título que trabajamos en este estudio. Como hemos mencionado, las funciones del celador se encuentran en la orden del 5 de julio de 1971 y hacen alusión a este Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias. Los celadores presentan una gran variedad de funciones en su trabajo, de las más destacadas y para ejemplificar su importancia en la sanidad, son las que tienen a su cargo la vigilancia tanto de entradas a la institución, como el acceso a las estancias de los enfermos cuando estos están ingresados en el hospital y sus familiares vienen a visitarlo. Otras de sus tareas es que van a tramitar y a conducir las comunicaciones tanto verbales como documentos u objetos. Deben velar también por el buen proceder de la planta o el área de trabajo donde estén destinados. Otra de sus funciones que ejemplifican su importancia es que ayudan al personal sanitario, como las enfermeras y los ayudantes de planta, en una función muy necesaria como es el trasladar a los enfermos o moverlos de lugar. Por último, en esta variedad de funciones mencionar

el que recibirán instrucciones precisas del personal que los demanden, siendo así una parte importante de apoyo a los sanitarios. Relacionado esto último con sus funciones, vemos que son necesarios debido a que tienen un abanico muy amplio de posibilidades que no solamente están en torno a funciones muy concretas que tienen asignadas según su Estatuto, sino que hay otras añadidas que dependen de la necesidad del servicio y de que sus superiores tenga necesidad de ayuda en momentos puntuales.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones vamos a resumir los puntos expuestos en el apartado de resultados. Como conclusión inicial mencionar que debido al tipo de funciones que realiza el celador en la sanidad extraemos que dicha orden del 5 de julio de 1971 le otorga al celador una gran responsabilidad en la sanidad pública. Deducimos de sus funciones que gran parte del personal sanitario depende del trabajo del celador. Otra de las conclusiones que sacamos es que el celador, además de sus funciones específicas, tiene otras añadidas que dependen del servicio justo en el momento, ya que estas van a estar asignadas por sus superiores cuando se necesite, por tanto a este trabajador le corresponde parte de la responsabilidad de las funciones del personal sanitario.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2009) El celador en centros de salud y servicios hospitalarios. Formación Alcalá SL.

Capítulo 649

RADIOLOGÍA SIMPLE: ESTUDIO DE UNA FRACTURA EN EXTREMIDAD SUPERIOR

ALBA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

El 8 de noviembre de 1985, Wilhelm Conrad Roentgen, un físico alemán, experimentando con un generador eléctrico y unos tubos de vacío, descubrió los Rayos X. El 23 de enero de 1986, demostró ante la sociedad médica-física de Wurzburg su primera proyección de Rayos X.
Los rayos X son una de las radiaciones electromagnéticas semejantes a la luz visible. Estos, sin embargo, poseen una mayor energía y pueden atravesar los objetos, incluyendo el cuerpo.
En la medicina, se utiliza para obtener estructuras del cuerpo, tejidos o músculos. Para obtener una radiografía, se coloca al paciente con la parte del cuerpo que queremos examinar entre el detector de Rayos X y la fuente emisora. Cuando la máquina emite los rayos X, el cuerpo absorberá en diferentes cantidades, dependiendo de la densidad radiológica, contrastándolo así en el detector de Rayos X.
Propiedades de los Rayos X:
Los rayos X tienen multitud de propiedades, sin embargo, las que tienen relación con la medicina son:
- Se propagan en línea recta, en todas direcciones y con igual intensidad.
- Se atenúan con la distancia al tubo emisor.
- Impresionan las películas fotográficas.

- Ionizan los gases que atraviesan.
- Producen efectos biológicos.
- Producen fluorescencia con algunas sustancias.
- Penetran y atraviesan la materia.

2 Objetivos

Identificar y determinar las propiedades de los Rayos X.
Identificar y determinar los riesgos de los Rayos X.
Analizar y determinar los tipos de fracturas.
Analizar y determinas las secuelas producidas por los Rayos X.

3 Metodología

Se realiza una revisión de manera sistemática de la bibliografía sobre Radiología Simple: Estudio de una fractura en extremidad superior.
Las bases de datos utilizadas son: Scielo, Pubmed y Medes.
Los descriptores utilizados fueron: "Radiología Simple", "Fractura en extremidad superior", "Rayos X". Se han usado los términos en español y en inglés.
Los filtros utilizados fueron: completo, estudio avalado científicamente y filtro de publicaciones de
2013 a 2018.
El número total de estudios utilizados para la redacción de los resultados ha sido de 5 análisis.

4 Resultados

La radiografía de rayos X, detecta desde problemas dentales, objetos extraños, calcificaciones, algunos tipos de lesiones, neumonía, masas anormales, ciertos tumores y sobre todo, facturas de huesos.
Un factor que determina la calidad radiográfica de la imagen, es la posición de la imagen que deseamos estudiar.
En primer lugar, necesitaremos dos proyecciones con al menos 90º de diferencia. Por otro lado, es muy importante la colocación de la zona exacta que queremos estudiar. Existen numerosos posicionamientos que describen la posición y el ángulo que deben adoptar. Por último, la realización de un mantenimiento de la

apnea o la ausencia de deglución son muy importantes para obtener imágenes fiables.
En cambio, los rayos X también constan de riesgos. Estos producen radiación ionizante, una radiación que puede dañar el tejido vivo. Este riesgo aumenta cuanta más exposición a lo largo de la vida recibamos.
Dichas emisiones pueden producir:
- Posibilidad de cataratas y quemaduras en la piel, siempre a niveles altos de radiación. Dependiendo de la radiación, la edad y el sexo de la persona expuesta.
- Un aumento de la posibilidad de que esa persona expuesta, posteriormente, desarrolle un cáncer.
- El riesgo de cáncer es más probable para un paciente que recibió la radiación de joven que al paciente que la recibió de mayor.
- Las mujeres tienen un nivel de riesgo mayor, ya que se les desarrolla más fácil el cáncer que a los hombres.
La fractura del codo es la rotura de uno o más de los tres huesos que forman la articulación del codo.
Los síntomas más comunes son:
- Incapacidad o dificultad para mover el brazo.
- Abultamiento o deformidad.
- Entumecimiento en mano, brazo o codo.
- Sensibilidad y dolor en la articulación.
Otra causa que puede favorecer la fractura del codo es la enfermedad de la osteoporosis, ya que, se trata de una enfermedad donde el hueso se vuelve poroso, frágil y débil.
Por lo general, cuando se fractura uno de los huesos que forman el codo, puede escucharse el crujido del hueso. En ocasiones, también puede ser visible la deformidad cuando los huesos no se encuentran en su sitio.
Las fracturas más frecuentes son debidas a sufrir un impacto directo sobre él, sufrir una torsión en la articulación, sufrir una caída o lesión.
Además de estas fracturas, también existen las luxaciones, distensiones o esguinces.
Los tipos de fracturas pueden ser:
- Desplazada: Estas fracturas son debidas al desplazamiento de las extremidades del hueso fracturado.
- No desplazada: El hueso se encuentra fracturado, pero se encuentra en su lugar.
- Fisura del hueso: Ocurre cuando se trata de una rotura estable, pero puede existir algún tipo de riesgo.
- Abierta: Cuando el hueso fracturado se desplaza y llega a atravesar la piel.

- Conminuta: Cuando el mismo hueso se fractura en varios trozos.

Los tipos de fracturas más comunes son:

Fracturas distales del húmero: Ocurren cuando se fractura la parte inferior del húmero, la cual forma la articulación del codo.

- Las fracturas distales son frecuentes en una caída con el brazo extendido.
- Las fracturas distales pueden causar sangrado, dañar una arteria, dañar nervios conllevando al entumecimiento y dificultad para mover los dedos y las manos.
- Los especialistas basan su diagnóstico en el examen físico y en las radiografías.
- El tratamiento consiste en la aplicación de yeso "cuando los huesos se encuentran en su lugar" o de cirugía "cuando los huesos se encuentran desalineados o fracturados en varios trozos".

Fracturas de la parte superior del antebrazo: Son debidas a la fractura de la cabeza superior de uno de los dos huesos que forman el antebrazo, que a su vez forman la articulación del codo.

- Suelen ocasionarse tras la caída del paciente sobre el brazo extendido.
- El codo suele estar dolorido e hinchado.
- Aunque los especialistas suelen tomar diferentes radiografías en diferentes ángulos, suelen ser de las más difíciles de visualizar, lo que esto conlleva a que el diagnóstico se base sobre todo en la exploración física.
- Por lo general, el tratamiento se basa en una férula, rara vez se requiere de cirugía.
- En estos casos, la rehabilitación se inicia con la mayor brevedad posible.

Secuelas:

En los casos de la fractura de codo, un punto que debemos tener en cuenta son las secuelas. Las fracturas, suelen venir acompañadas de lesiones musculares, nerviosas o ligamentarias. Estas lesiones han de tratarse correctamente, ya que si no se tratan, pueden ocasionar problemas más graves que la propia fractura. En este tipo de lesiones conviene empezar la rehabilitación lo antes posible, con esto queremos evitar la pérdida de músculo y el agarrotamiento de nervios y tendones. Empezaremos con movilizaciones de poco esfuerzo, sin intensidad por un largo periodo de tiempo. Lo haremos de manera progresiva, dependiendo del dolor del paciente, ya que, cuanto más dolor, más inflamación se provoca y conlleva a una mayor cicatriz.

En estos casos, es importante acudir a un experto en este tipo de lesión, ya que nos hará una rehabilitación adecuada al tipo de fractura (tabla canadiense, terapia manual-específica o técnicas de inhibición recíproca).

Además, podrá instruir de manera correcta y hacer partícipe al paciente en su recuperación, realizando los ejercicios recomendados por el experto en su casa.

Si por algún motivo, al paciente le costase ganar recorrido en flexión o extensión, se deberá valorar el uso de órtesis.
Por lo tanto, haciendo una correcta rehabilitación, el tratamiento se podrá prolongar de 3 a 6 meses, aunque mientras siga existiendo un avance, se podrá seguir practicando dicha rehabilitación.
Una secuela muy frecuente en las fracturas de articulaciones es la rigidez. Lo que conlleva realizar una liberación de adherencias articulares para poder recuperar movilidad. Se suele hacer con medios artroscópicos con adherencias por abordaje y mínimos. La artrólisis artroscópica se suele utilizar con éxito en la rigidez del codo.
La radiología simple es el método más frecuente de radiodiagnóstico que ayuda a los especialistas en los exámenes médicos. Con esta técnica se obtiene con rapidez la visualización de la serie ósea, además no causa dolor al paciente.
Esta técnica es llevada a cabo tras quitar la ropa y todos los objetos metálicos que pudiera traer el paciente. A continuación, el paciente ha de colocarse entre el foco de radiación y la placa. Por lo general, se realizan varias placas en distintos ángulos para poder llevar a cabo un buen examen médico.

5 Discusión-Conclusión

La fractura de la cabeza de radio de la articulación de codo es un tipo de luxación común que suele ocurrir en adultos.
En la mayoría de ocasiones, la lesión, al principio, pasa desapercibida, realizando así, tratamientos erróneos e inadecuados que favorecen la aparición de futuras secuelas o incluso nuevas lesiones.
La mejor forma de prevenir posibles complicaciones, es el conocimiento de dicha dolencia por parte del traumatólogo, radiólogo o de otros profesionales médicos que prestan atención en el departamento de urgencias traumatológicas.
En todos los casos, es imprescindible para ofrecer un correcto diagnóstico la realización de una apropiada exploración clínica y solicitar unas proyecciones radiológicas concisas, tanto antes como una vez disminuida la luxación.
En cuanto a ventajas y desventajas se refiere, nuestra opinión es la siguiente:
Ventajas: Por ser una modalidad muy bien establecida y rutinaria, se puede realizar en espacios más reducidos, pudiendo hacerse el procedimiento más económico y simple. También el técnico puede poseer un menor conocimiento para llevar a cabo el proceso sin ninguna dificultad.
Desventajas: Esta técnica hace que el paciente se exponga a una gran cantidad de radiación, ya que si no no se conseguiría la nitidez y el contraste necesario. Dicha

radiación en exceso es peligrosa tanto para el paciente como para el técnico si no se llevan a cabo las medidas necesarias. Además, el proceso de revelación del film genera un alto contenido de sustancias contaminantes para el medio ambiente.
Realizar este trabajo me ha ayudado a afianzar conceptos que ya sabía, a aprender cosas nuevas y también a recordar conceptos adquiridos con anterioridad.
En definitiva, la realización de esta síntesis me ha servido de mucha ayuda de cara al futuro.

6 Bibliografía

ILERNA ONLINE. (2020). M12. Empresa e iniciativa emprendedora. Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.
Madrid: Ilerna Online.

ILERNA ONLINE. (2020). M04. Técnicas de radiología simple. Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.
Madrid: Ilerna Online.

ILERNA ONLINE. (2020). M03. Protección radiológica. Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear. Lleida.
Madrid: Ilerna Online.

Capítulo 650

EL CELADOR Y LA TÉCNICA PARA HACER LA CAMA OCUPADA

MARIA PILAR MARTIN MERINO

ENRIQUE ALAMO SANTIAGO

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

ROSARIO TEJERO TOLEDO

ROSA MARIA VARGAS BRAVO

1 Introducción

El trabajo del celador en muchos de los casos tiene tareas específicas y en otras las que le asignen sus superiores. En ambos momentos en imprescindible que el celador tenga una formación acorde con el lugar de destino y más concretamente con la función asignada.
En el caso de la realización de la cama ocupada, el celador debe de tener en cuenta que para cualquier trabajo que haya de realizarse, por ejemplo, con el cambio de ropa de la cama hospitalaria, habrá ocasiones en las que deba de realizarlo con el paciente dentro de la cama, con la consiguiente dificultad que esto entraña. Esto sucede cuando el médico ha determinado que el paciente debe de guardar reposo y que no es conveniente moverlo de la cama.
No obstante, aunque no se le mueva de la cama, el paciente debe de estar aseado y por tanto, las sábanas de la cama hospitalaria debe de estar limpias, al igual que lo estaría si la cama estuviera desocupada. Esta situación se da si el paciente debe

de guardar reposo absoluto, si el paciente está incapacitado para levantarse de la cama o si el personal médico por diversas cuestiones ha decidido no moverlo del lugar donde se encuentra.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo de investigación son:
Analizar la técnica de la cama ocupada en pacientes con dificultades de movilidad.
Relacionar dicha técnica con las funciones del celador en el hospital.

3 Metodología

Para este estudio nos hemos basado por un lado en bases de datos de relevancia para nuestro trabajo y de otro lado teniendo en cuenta que dichas fuentes fuesen fiables para así tener un criterio objetivo de trabajo. Las bases de datos usadas han sido variadas y van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a enumerar distintas cuestiones a tener en cuenta a la hora de ejecutar la técnica de la cama ocupada por un enfermo. De los resultados iniciales que hemos extraído y que nos ayudan a la compresión de este apartado, mencionar que la técnica de la cama ocupada debe de ser realizada o entre dos auxiliares o entre un auxiliar y un celador.
Es en este último caso donde interviene la figura del celador, donde vemos que el mismo debe de conocer la técnica de la cama ocupada, al igual que el resto del personal sanitario que le corresponda.
La técnica se realiza teniendo en cuenta desde la propia preparación como puede ser lavarse las manos o preparar la ropa de lencería, hasta los siguientes pasos más específicos que vamos a enumerar a continuación. Sería retirar la ropa superior de la cama y depositarla donde se encuentre la ropa sucia. Continúa el procedimiento cuando el celador y el auxiliar ponen al enfermo de cúbito lateral y se retirará por el lado libre la bajera de la sábana, el hule y la entremetida.
Se pone todo en el centro de la cama y se hace el mismo procedimiento, pero para el lado contrario, así la lencería de cama queda liberada. El celador debe de

introducir igualmente esta ropa en la parte de la ropa sucia. El procedimiento para realizar la cama se desarrolla como el de quitarla pero a la inversa.
Por último, en este procedimiento el celador se lavará las manos para evitar los microorganismos.
Las funciones que realizan el celador y el auxiliar de enfermería deben de estar suficientemente bien ejecutadas y coordinadas entre ambas categorías de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado concluimos diversas cuestiones importantes del apartado de resultados. Por un lado determinamos que el celador debe de conocer distintas técnicas, así como su procedimiento en el hospital; por tanto la formación del celador debe de ser suficientemente buena como para poder realizar esta función. Por otro lado concluimos que dado que el celador trabaja en esta tarea con el auxiliar de enfermería, ambos deben de estar suficientemente coordinados como para que se pueda realizar la función de manera correcta. Es, por tanto, importante tanto la formación del personal celador en determinadas tareas como el que el mismo esté trabajando en equipo de manera coordinada.

6 Bibliografía

Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de hospitalización. E- Lena Design Editores.

Capítulo 651

LA FIGURA DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL Y SU IMPORTANCIA DENTRO DE LA CLÍNICA DENTAL

CRISTINA CASAL GARCÍA

1 Introducción

Se puede definir la figura de los técnicos en higiene bucodental como aquellos profesionales con titulación de grado superior que se encargan de la salud oral de los pacientes y que asisten a los odontólogos en los procedimientos que se realizan en el gabinete y en la realización de los exámenes radiológicos. Se encargan también de funciones importantes de prevención y promoción de la salud bucodental con los pacientes. Hay que destacar que los técnicos en higiene bucodental cuentan con una formación concreta para ayudar en todos los procedimientos al odontólogo desde una simple obturación hasta una cirugía de implantes.

Debemos tener claro y diferenciar el trabajo de un auxiliar de clínica y de un técnico en higiene bucodental. Ya que el auxiliar de clínica asiste al odontólogo en el gabinete y le ayuda facilitando todo el material clínico que necesite. Sin embargo, en ningún caso puede trabajar en el interior de la boca del paciente eso solo podrá llevarse a cabo por el técnico en higiene bucodental y siempre tratamientos que no sean invasivos. Podemos decir que el auxiliar de clínica dental será la persona encargada de todas las cuestiones relacionadas al sector administrativo y de asistencia a los clientes desde su entrada por la puerta de la clínica.

2 Objetivos

- El objetivo principal del trabajo será dar a conocer la figura del técnico en higiene bucodental dentro de una clínica dental así como sus funciones principales.

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, higine, bucodental. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Dentro de la clínica dental y más específicamente dentro del gabinete la tarea de un técnico en higiene bucodental es imprescindible para difundir, prevenir, tratar y mantener la salud dental entre los pacientes. Entre las múltiples funciones que desempeñan los higienistas, encontramos las siguientes que enumeraremos a continuación:

Profilaxis o tartrectomía
La profilaxis o también llamada higiene dental o tartrectomía, es un tratamiento que se realiza para mantener una salud dental y oral en óptimas condiciones. El técnico en higiene dental es el encargado de llevar a cabo esta limpieza bucal, por toda la superficie de los dientes y encías y gracias a la cual se eliminan todos los restos de cálculo y bacterias que puedan haberse acumulado en la cavidad oral.

Blanqueamiento dental
El blanqueamiento dental es un procedimiento muy demandado por pacientes que quieren aclarar el tono de sus dientes para tenerlos más blancos, este tipo de tratamientos suele estar más demandado en las épocas de primavera y verano. Los técnicos en higiene bucodental realizan todo el tratamiento para mejorar la estética dental gracias a un blanqueamiento combinado, es decir se comienza el tratamiento en la clínica con un producto blanqueador más concentrado y después el paciente continua en casa con unas férulas que aplicara con un producto blanqueante cada noche en su casa.

Prevención de la salud oral
Los pacientes deberán conocer las técnicas correctas de cepillado e higiene bucal que deben seguir de forma rutinaria en su casa, de esta forma aseguraran una correcta salud dental. Durante cada revisión revisión ya sea semestral o anual, así como en las limpiezas dentales, los higienistas enseñan nuevas técnicas a los pacientes para cepillarse los dientes de la forma más efectiva.

Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas a niños o embarazadas.

Colocar y retirar hilos retractores siempre que el dentista lo ordene.

Colocar selladores de fisuras con técnicas no invasivas a niños.

Realizar el pulido de obturaciones eliminando los excesos en las mismas y dejando la superficie lisa al paso de la lengua.

Colocar y retirar el dique de goma para los diferentes procedimientos que se realicen.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del técnico en higiene bucodental dentro de una clínica dental es de vital importancia, ya que es uno de los eslabones de la cadena más importantes siendo la mano derecha del odontólogo en cada uno de sus procedimientos. Por ello, su presencia es necesaria dentro del gabinete, además de conocer y saber desarrollar todas las tareas, un técnico en higiene dental deberá tener otras habilidades de comunicación para dar consejos e información sobre la salud bucodental a los pacientes, así como mano firme para poder ejercer el trabajo al detalle, y sobre todo y algo fundamental tener la capacidad de trabajar en equipo.

6 Bibliografía

- https://www.fpclaudiogaleno.es/blog/que-hace-un-higienista-dental/

- https://es.wikipedia.org/wiki/Higienista_dental

- https://www.clinicapronova.com/blog/cuales-son-las-funciones-de-una-higienista-dental/

Capítulo 652

EMERGENCIAS: PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

EDUARDO COLINO NEVOT

1 Introducción

Durante el desarrollo del trabajo en una empresa nos podemos encontrar con situaciones imprevisibles y que pueden dar lugar a accidentes o suponer un peligro para los empleados, las instalaciones y, en ocasiones, incluso para personas ajenas a la empresa o al medio ambiente. Cuando acontece cualquiera de estas situaciones estamos ante una situación de emergencia.

El artículo 20 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, establece que los empresarios están obligados a adoptar las medidas de emergencia, los medios de protección y las condiciones de evacuación adecuadas, según el tipo de actividad, el tamaño de la empresa, y la probable presencia de personas ajenas a la misma.

El plan de emergencia es el conjunto de actuaciones precisas a realizar por el personal designado y formado por la empresa, en el supuesto que se produzca un siniestro o catástrofe. El objetivo del plan de emergencia es minimizar las posibles consecuencias del siniestro para las personas y/o económicas que pudieran derivarse de la situación de emergencia.

El Plan de actuación en emergencias es el documento, incluido en el plan de autoprotección, en el que se recoge el organigrama y la organización de las acciones a realizar ante las situaciones de emergencia, las medidas de protección e intervención a adoptar, y los procedimientos de actuación ante las posibles emergencias.

2 Objetivos

Identificar y clasificar la emergencia en función de su gravedad y exponer las actuaciones del Plan de actuación ante las emergencias.

3 Metodología

Estudio basado en una revisión bibliográfica de artículos sobre tipos de emergencias y procedimientos de actuación. Tras una búsqueda en las que se utilizaron las palabras clave, se obtuvieron más de 10 artículos, seleccionándose 5 artículos sobre los que realizar el trabajo.
Palabras clave: tipos de emergencia, actuación ante emergencias.

4 Resultados

Se distinguen tres niveles de emergencias según su nivel de gravedad:
• Conato de emergencia: Situación en la que el peligro o accidente se puede controlar de forma rápida y sencilla, con los medios y recursos de los que se dispone en ese momento y en el mismo lugar del incidente (local, habitación, etc.).
• Emergencia parcial o local: Situación en la que el peligro no puede ser neutralizado de inmediato, para ser controlado necesita la intervención de los equipos designados y formados expresamente para ello; afecta a una zona de la edificación (hospital, centro de salud, oficinas, etc.) y puede ser necesaria la "evacuación parcial" o desalojo de la zona afectada.
• Emergencia general: Situación en la que el riesgo o accidente pone en peligro la seguridad e integridad física de las personas y es necesario proceder al desalojo o evacuación del inmueble. Requiere la intervención de equipos de alarma y evacuación y ayuda externa.
Las actuaciones ante cualquier situación de emergencia se pueden clasificar en:
• Actuaciones de Alarma: Son las actuaciones que ponen en marcha el Plan de autoprotección y provocan la puesta en marcha de los recursos necesarios de acuerdo a la gravedad de la emergencia.
• Actuaciones de Intervención: Son las actuaciones propias de los equipos de intervención (equipos de 1ª intervención, de 2ª intervención, etc.) designados y formados para el control de la emergencia.
• Actuaciones de Evacuación: Son las actuaciones correspondientes a la situación de emergencia general, en la que es necesario proceder al desalojo o evacuación del centro.

Los planes de actuación según la emergencia son:
• Plan de Alarma: Activa el plan Emergencia y moviliza lo más rápido posible los recursos necesarios para hacer frente a la emergencia. Según la Emergencia se establecen los siguientes niveles de alarma. o Alerta: Situación de "conato de emergencia" o Alarma local: Situación que requiere la actuación de los equipos de intervención para controlar el riesgo o accidente. o Alarma general: Situación de serio peligro que requiere el desalojo del edificio.
• Plan de Intervención: Planifica las acciones que hay que realizar, con los recursos humanos y materiales disponibles, según los distintos casos de emergencia que se han previsto. o Incendio o Inundación o Derrumbamiento: fallo de materiales, seísmo o explosión.
• Plan de Evacuación: Establece el organigrama y el conjunto de órdenes e instrucciones a seguir para el desalojo parcial o total del edificio. o Tipos de evacuación o Autoridad para ordenar la evacuación o Normas generales de evacuación o Prioridades en la evacuación o Recepción de enfermos evacuados o Instrucciones particulares para la Evacuación

5 Discusión-Conclusión

El plan de emergencias tiene como objetivo definir, desarrollar y coordinar las distintas actuaciones a realizar ante las diferentes situaciones de emergencia que se puedan presentar. De esta manera, en el caso de que se produzca una situación de riesgo grave, accidente o catástrofe, (incendio, explosión, fugas de productos químicos, amenaza de bomba, etc.), cada trabajador, perteneciente o no a los equipos de intervención, sabrá lo tiene que hacer en todo momento.
Para poder evaluar la eficacia y operatividad de los planes de actuación en emergencias, se deben realizar simulacros con la periodicidad mínima fijada en el propio plan, y en todo caso, al menos una vez al año, evaluando sus resultados y subsanando los posibles fallos del plan.

6 Bibliografía

https://ssprl.gobex.es
http://www.iqog.csic.es
https://www.insst.es
https://riesgoslaborales.saludlaboral.org
https://www.chospab.es

Capítulo 653

CÓMO REALIZAR UN CORRECTO ENFRIAMIENTO DE LOS PLATOS COCINADOS HASTA TEMPERATURAS DE REFRIGERACIÓN O CONGELACIÓN

ALBERTO DE NOVA PATÓN

SARA JIMÉNEZ MUÑOZ

DAVID DE LA BELDAD LEÓN

MARIA MAGDALENA LOSA VALERO

JOSE DAVIA CANTOS

1 Introducción

Hoy en día, los métodos de conservación más utilizados y extendidos son la refrigeración, la congelación y el envasado al vacío, siendo de estas la más completa la combinación de refrigeración y congelación con vacío. Con estos métodos de conservación conseguimos que la gran mayoría de materias primas perecederas conserven sus cualidades organolépticas durante un periodo mayor de tiempo, consiguiendo multiplicar su tiempo de vida en hasta cinco veces. (1.) Asimismo, para evitar la proliferación de posibles microorganismos patógenos, esta dismin-

ución de temperatura se debe realizar siempre para platos preparados que no sean de consumo inmediato con un plazo máximo inferior a dos horas.
Dicho lo cual, es importante mencionar que el enfriamiento de un alimento o plato elaborado consiste en la reducción controlada de la temperatura o energía térmica durante un periodo de tiempo y espacio determinado. Este enfriamiento siempre se realiza desde el exterior o capa superficial hasta el corazón del producto.
Además, cuando nos referimos a energía térmica, nos referimos al aumento o disminución de la energía cinética de las partículas de las que están compuestos los alimentos, a mayor energía térmica, mayor es la movilidad de las partículas de las que está compuesto el alimento.
Por último, las temperaturas en las que mayor proliferación microbiológica existe, oscilan desde los diez grados centígrados hasta los sesenta y cinco. Este será el rango de temperatura crítico, el cual se intentará atravesar en el menos tiempo posible, gracias a la aplicación de diferentes técnicas de enfriamiento. De este modo, se consigue limitar el crecimiento de microorganismos.

2 Objetivos

Exponer cómo realizar el enfriamiento de platos cocinados hasta temperaturas de refrigeración o congelación

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una investigación consistente en una evaluación de las normativas, reglamentos y legislaciones existentes y que afectan a la conservación de los alimentos. Igualmente, se ha contactado con las autoridades pertinentes y se ha realizado una búsqueda en internet para el contraste de datos obtenidos.

4 Resultados

Cuando se finaliza una elaboración que ha sufrido un tratamiento térmico existen dos opciones o dos rutas disponibles que deben llevarse a cabo.
Por una parte, está el consumo inmediato, que consiste en su distribución y uso en un periodo que nunca debe ser superior a dos horas, lo que le permite al plato mantener su inocuidad hasta el final del proceso, debido al tratamiento

térmico anterior y a que ese periodo tan corto de tiempo impide una proliferación exponencial de microorganismos, ya sean bacterias, hongos o parásitos. (2)
Por otra parte, y como segunda ruta, se debe realizar un enfriamiento por el cual se disminuye la temperatura del plato preparado en dos o tres fases dependiendo de si solo se refrigeran, o si además se congelan. Para evitar la posible existencia de contaminaciones cruzadas, siempre se deben mantener los alimentos tapados correctamente y en recipientes adecuados para evitar posibles vertidos o derrames. (3)
A continuación, se pasan a detallar las diferentes fases de post elaboración de alimentos:
• Primera fase: Cuando se termina el proceso de elaboración, esta se debe de retirar de los fuegos, hornos o fuentes de calor para evitar una transmisión del mismo. Hecho esto, se mantiene la elaboración a temperatura ambiente hasta que se alcancen temperaturas de 75-70 grados. Este proceso se puede acelerar si se reparte la comida en recipientes higienizados más pequeños, ya que la transmisión de calor al exterior será más rápida.
• Segunda fase: Para conseguir rebajar la temperatura de las elaboraciones de los 65ºC hasta los 8ºC en menos de dos horas se puede recurrir a varios sistemas. o El primero consiste en realizar un baño maría invertido, que consiste en colocar la cacerola dentro de otra mayor que contenga agua fría y hielo. También se pueden utilizar fuentes poco profundas de acero inoxidable, ya que permiten un mayor contacto con la superficie. o Se pueden utilizar también abatidores de temperaturas que permiten enfriar mediante corrientes de aire a muy bajas temperaturas. Estos aparatos tiene dos programas diferentes, uno de abatimiento positivo que permite enfriar un alimento de los 90ºC hasta los 3ºC en tan solo una hora y media, mientras que el segundo permite reducir desde los 90ºC hasta los -18ºC en solo cuatro horas y media. o Existe también la posibilidad de combinar la refrigeración y congelación con el envasado al vacío permitiendo así la separación en diferentes raciones para conseguir un enfriamiento rápido y esterilizado. Este proceso a su vez disminuye las alteraciones organolépticas, las contaminaciones cruzadas y las quemaduras por frio.
• Tercera fase: Cuando se ha conseguido la temperatura de refrigeración se puede proceder a la congelación para aumentar así la vida de la elaboración. Este proceso se puede llevas a cabo de dos maneras: o Abatidor de temperatura: Como se ha comentado anteriormente este aparato también permite la congelación en un corto periodo de tiempo. o Congelación directa en cámaras congeladora: Este proceso es tan válido como el anterior, pero creo cristales de hielo de un tamaño mayor en las elaboraciones.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar en este ensayo existen diferentes métodos para conseguir disminuir el periodo de tiempo en el que los alimentos permanecen en la zona de riesgo por crecimiento bacteriano.
Desde el punto de vista organoléptico y de estabilidad, el mejor método sería la utilización de abatidores de temperatura, ya que estos son rápidos y consiguen que los cristales que se forman al congelar las elaboraciones sean más pequeños y uniformes.
Sin embargo, aunque al refrigerar y congelar no se consigue eliminar todos los patógenos ya existentes, sí que se consigue una conservación más prolongada y sin riesgos para la salud.
Finalmente, otro de los factores que afectan en la correcta conservación en refrigeración y congelación es la variación de la temperatura existente en el interior de las cámaras, ya que una sobrecarga de estas podría causar un mal funcionamiento y recalentamiento de las elaboraciones, punto importante para tener en cuenta próximas actuaciones.

6 Bibliografía

1. Refrigeración en los alimentos [Internet] [citado 21 sep. 22] Disponible en https://www.intarcon.com/refrigeracion-en-los-alimentos/
2. El correcto mantenimiento de las comidas preparadas: frío, calor y congelación [Internet][citado 20 sep.-22] Disponible en : https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-correcto-mantenimiento-de-las-comidas-preparadas-frio-calor-y-congelacion
3. Guía de ARCPR y practicas correctas de higiene y manipulación en restauración colectiva. [Internet] [citado 20 sep.-22] Disponible en : http://ics.jccm.es

Capítulo 654

ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN CASO DE CATÁSTROFE

MARIA CARNERO VIDAL

1 Introducción

Antes de comenzar a hablar sobre el contenido de este capítulo, habría que aclarar que se trata de una especie de guía rápida para adquirir los conocimientos necesarios a la hora de tener que actuar en el caso de alguna determinada catástrofe. Permitirá tener unos conocimientos mínimos y básicos que resultaran imprescindibles antes de comenzar con el trabajo real en el ámbito de la seguridad.
En este capítulo viene detalladas las características de cómo debe de ser una actuación del personal sanitario y no sanitario en el caso de catástrofe, así como las funciones que serán de competencia del personal.
Se empezará explicando los tipos de catástrofe que pueden llegar a suceder y también se hace una breve explicación del concepto de catástrofe, a continuación, cuando ya se conozcan todos los tipos de catástrofe que pueden llegar a surgir en un hospital hablaremos como actuar qué determinado protocolo de trabajo y precauciones que se han de seguir. Con todo esto lo que se trata de encontrar es conocer tanto el lugar de trabajo como sus características. Se persigue adquirir los conocimientos necesarios para poder ofrecer un trabajo de calidad y al mismo tiempo proteger al personal sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

Conocer los tipos de catástrofes y niveles que existen como prevenir en lo mayor de lo posible para que no se producen y quienes son los responsables

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La actuación del personal sanitario y no sanitario en caso de catástrofe es crucial, ya que saber cómo actuar en cada una de ellas se puede salvar vidas. Para ello se empezará con la definición de que es una catástrofe. Como su nombre indica es un desastre, la cual puede ser de forma natural provocada por la naturaleza o de forma artificial por parte de las personas, una catástrofe tiene diferentes niveles de categoría media, alto y muy alto dependiendo de la valoración de desastre surgido. Tipos de catástrofes naturales o artificiales originados por el ser humano pueden ser: los tornados son columnas rodantes, están girando fuertemente, difundiéndose en tormenta eléctrica hasta el pavimento, destruyendo a su paso edificios, árboles, provocando múltiples de escombro por los fuertes vientos. Los huracanes son tormentas tropicales perjudicial y negativo, se forman en el océano por la acumulación de tormentas eléctricas formando remolinos provocando vientos fuertes, inundaciones, lluvias torrenciales y enormes olas en el mar, dando lugar a múltiplo de escombro. Inundaciones se produce cuando llueve descontroladamente llega a subir el nivel de agua en ríos, mares, lagunas, provocando unas inundaciones capaces de realizar una contaminación y provocar cambios en los cursos fluviales. Incendios son fuego que pueden llegar a propagarse sin ningún tipo de control incendiando todo aquello que se ponga por delante. Se pueden clasificar en Nivel I este nivel es restringido, solo es conocido por aquellas personas que pertenecen al plan de emergencia y el personal de guardia.
Se procederá de la siguiente forma: A). Activación del plan y organización del comité de dirección, una vez comunicado al jefe de guardia este informará al

director del plan. El cual con la información suministrada, por el cual con la información que le da el primero, decidirá la activación del nivel I de este plan. Al producirse dicha activación se formará el comité de dirección que en este nivel quedará limitado a los siguientes miembros: 1 director de urgencias avisado por el jefe de la guardia. 2. Jefe de la guarda. 3. responsable de turno de todos los departamentos. Todos ellos con su ficha de actuación individual. B). Movilización del personal de guardia: Todo personal de guardia sanitario y no sanitario de forma presencial o bien localizada deberá ponerse a disposición del comité de la siguiente forma: Personal del servicio de urgencias acudirá al servicio de urgencias donde la persona designada a tal efecto les entregará sus fichas de actuación individual. El resto del personal acudirá a la entrada principal del centro y se presentara en el punto de información donde se identificará y expondrá a que servicio pertenece, así como su categoría profesional, allí se les entregara su ficha de actuación y deberán acudir a las tareas para las que sean requeridas, algunas tareas son, mantenimiento de accesos, así como ayudar en todo lo posible incluyendo a poner códigos al personal herido según su estado amarillo paciente pacientes con rapidez de ayuda verde estos tiene lesiones más leves y negro son los pacientes irrecuperables. Nivel II es un nivel de alarma ampliada en el cual el centro deberá actuar con todos los medios activables, en el plan de emergencia participarán todos los responsables más los que el plan indique, darán respuesta a la catástrofe con todos sus medios incluidos los activables no disponibles dentro del sistema de guardias y o turnos. En este nivel incluye la ampliación física y material de determinadas áreas, la reorganización funcional de las zonas que sufrirán una mayor presión sanitaria, desviación de pacientes y liberación de espacios y comunicación obligatoria a las autoridades sanitarias Nivel III es el nivel de alarma más grave y complejo, en este nivel el centro hospitalario desplegara todo el medio humano y materiales que sean necesarios se considera un accidente de mayor magnitud. En este nivel colaborará con protección civil y todo ello se enmarcará dentro del plan de rango superior, para abastecer ayuda externa de apoyo al centro tanto material como humana. En todos los niveles tiene que haber una señalización y cartelización del centro ante situaciones de catástrofe, ya que una buena imagen de organización, así como que tanto paciente como usuarios pueden orientarse en todo momento para evitar la pérdida de tiempo y el incremento de situaciones de nerviosismo en situaciones ya de por sí difíciles, por lo que es importante señalizar correctamente para poder dirigir a todos. Debe de realizarse señalización mediante carteles en las siguientes zonas: hospital en situación de emergencia: por favor cumpla las normas, uno por cada puerta se asesó al hospital de un tamaño y claridad de letra suficiente para ser indicado a

unos 30 metros como mínimo. Tanto carteles como planos diagramas de flujo en cada zona, departamento de todas las plantas, incluyendo ascensores, cafetería, vestuarios y servicios de cada planta y con carteles de direccionamiento. Es necesario para que toda aquella persona esté orientada en cada momento y poder evacuar el hospital lo más rápido y fácil posible para que de esta manera se tengan los menores heridos posibles. Es muy relevante tener en cuenta los carteles en fondo rojo de prohibido el paso. Donde toda persona ajena no podrá pasar debido a cualquier tipo de peligro para el ser humano. A criterio del comité de dirección y de la organización espacial que sufra el hospital, así como la dimensión de la propia catástrofe, se podrá cauterizar nuevos mensajes que ayudara a orientar al personal, persuadirlo en el cumplimiento de las normas y mejorar los aspectos organizativos en situaciones complejas.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena actuación es imprescindible una buena organización tanto del personal sanitario como el personal no sanitario, el cumplimiento de todas las normas nos permite conseguir tranquilidad, a la vez que formar y entrenar al personal de la institución hospitalaria ante situaciones de catástrofes. Se recomienda conocer los tipos de catástrofe que existen para si en el momento que pueda llegar a aparecer, saber identificarla en lo mejor de lo posible con una buena organización, ya que es fundamental conocer todos los pasos necesarios, como también los documentos planos y diagrama de flujo. En este capítulo son fundamentales a la vez que órdenes y medidas compensables para que sea lo más sencillo posible de hacer y de entender todo tipo de persona en cualquier situación de catástrofe

6 Bibliografía

1.https://www.analesdepediatria.org/es-situaciones-catastrofes-que-debemos-saber-articulo-S169540331000514X
2. https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8051560/4.+Cat%C3%A1strofes.pdf
3.https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/26759/TFM_Corina%20Castro%20Delgado.pdf;jsessionid=998F95D4426ACCF443BBCA48377956D5?sequence=6
4. https://www.chospab.es/plan_emergencias/evacuacion.htm

Capítulo 655

FUNCIONES DEL COCINERO HOSPITALARIO EN LA PREVENCIÓN DE CONTAMINACIÓN BACTERIANA MEDIANTE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE PERSONAL Y GENERAL

JOSE DAVIA CANTOS

ALBERTO DE NOVA PATÓN

MARIA MAGDALENA LOSA VALERO

SARA JIMÉNEZ MUÑOZ

DAVID DE LA BELDAD LEÓN

1 Introducción

Actualmente la alimentación se ha convertido en una herramienta más en el proceso terapéutico de los pacientes, por ello, en la cocina hospitalaria se ha de implantar un correcto programa de buenas prácticas de higiene personal y general con el fin de evitar al máximo la contaminación mediante microorganismos patógenos y otros peligros que son probables de aparecer durante las distintas etapas de manipulación y elaboración de los platos preparados.
La higiene general y personal durante el proceso de manipulación de alimentos es un aspecto crucial en la prevención de toxiinfecciones alimentarias. Por ello

es fundamental que el cocinero sea partícipe de la importancia de detalles en su higiene personal y general.
El cocinero junto al resto del equipo humano de la cocina serán los encomendados en la aplicación de los protocolos de actuación en materia de higiene, siguiendo la guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria y un plan de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC). En el plan de APPCC el cocinero participa muy activa y directamente, además trabajará en sinergia con el resto de miembros del departamento. Ambos serán los encargados de desarrollar las guías de prácticas correctas de higiene (GPCH). Estas GPCH serán revisadas por las autoridades sanitarias competentes para asegurarse que cumplen la normativa vigente acorde al plan de APPCC.

2 Objetivos

Conocer las funciones y actuaciones del Cocinero en la prevención de la contaminación bacteriana mediante buenas prácticas de higiene personal y general.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos científicos. La búsqueda principal se ha realizado en bases de datos científicas como son Google Académico, Pubmed y Scielo. Se han aplicado filtros para conseguir información científica revisada y actualizada.

4 Resultados

Con el objetivo de minimizar la contaminación por bacterias y microorganismos patógenos en el ámbito de la cocina hospitalaria, el cocinero debe aplicar las siguientes pautas de higiene personal y general:

Normas de higiene antes de acceder a la zona de manipulación de alimentos:

• La ropa de trabajo ha de presentar una limpieza óptima, deberá cambiarse antes de comenzar cada turno de trabajo y se ha de evitar usar dicha ropa fuera de la cocina.
• Además es importante no portar objetos que sean ajenos a la práctica culinaria, como por ejemplo anillos o pendientes.

• Antes de acceder a la zona de manipulación de alimentos el cocinero ha de cubrirse el cabello con los gorros adecuados y asegurando que el pelo quede bien recogido en el mismo. Además, usará guantes desechables antes de manipular cualquier alimento.

Lavado y desinfección de manos:

• Se ha comprobado que la higiene de manos resulta una maniobra fundamental en la prevención de contaminación por bacterias, de este modo la limpieza y desinfección se realizará siempre antes de manipular alimentos o cualquier útil de cocina. Concretamente se prestará especial cuidado en dicho lavado tras haber usado el aseo o entre la manipulación de alimentos crudos y cocinados.
• El lavado se realizará con agua caliente y jabón, prestando atención en asegurar la correcta limpieza entre los dedos, uñas y brazos. Para el secado se recomienda el uso de papel desechable de un solo uso. Las uñas deben estar siempre cortas para evitar acumulación de suciedad.
• En referencia a las heridas en dedos o mano, estás se deben ser aisladas mediante vendajes impermeables.

Estado de salud del personal encargado de manipular alimentos:

• Ante cualquier síntoma de padecer algún tipo de infección o patología que pueda ser susceptible de ser transmitida a los alimentos, el cocinero deberá comunicarlo al responsable del departamento de cocina. Además, y siguiendo la normativa vigente, cualquier trabajador que esté en contacto con alimentos deberá ser evaluado por los reconocimientos médicos pertinentes.
Pautas básicas de higiene general y seguridad alimentaria:

• Limpiar los utensilios y equipos de cocina antes y después de usarlos, especialmente después de manipular alimentos crudos.
• Conservar un óptimo estado de limpieza y desinfección de las superficies y materiales de manipulación.
• Separar, almacenar o conservar los alimentos crudos de que ya han sido cocinados.

5 Discusión-Conclusión

Podríamos decir que el papel que desempeña el cocinero en la prevención de la contaminación por bacterias en el ámbito de cocina hospitalaria es fundamental, ya que aplicando unas buenas prácticas de higiene personal y general se re-

duce al máximo la transmisión de estos microorganismos patógenos. Además, el cocinero de las instalaciones hospitalarias mediante las buenas prácticas antes mencionadas ofrece un servicio donde la calidad es sinónima de seguridad alimentaria. Por otro lado, cabe destacar la importancia de la actuación del cocinero en materia de prevención de contaminación bacteriana de manera que poniendo en práctica las guías de prácticas correctas de higiene (GPCH) el paciente que consuma los platos elaborados en la cocina hospitalaria se beneficiará de las propiedades nutricionales de los alimentos pautados, así como asegurar que los mismos estén exentos de microorganismos patógenos y puedan formar parte del proceso terapéutico y de recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Mato G. Guía de higiene hospitalaria. España: Math printer; 2004.
2. Servicio Galego de Saúde. (s.f.). Guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria. Plan de análisis de peligros y puntos de control crítico. Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1175/restauracion_hospitalaria.pdf
3. Departamento de Sanidad (s.f.). Manual de buenas prácticas en cocina hospitalaria. Gobierno Vasco. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/ManualBuenasPracticasCocinaC.pdf
4. Instituto de salud pública y salud de navarra. (s.f.). Guía de Buenas Prácticas de Higiene en la Elaboración y Servicio de Comidas. Gobierno de Navarra. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5C4A8AE6-9375-4EC3-9808-A9E06DCC43DA/457134/guiarestaurantesok2digital.pdf

Capítulo 656

MUESTRAS TESTIGOS EN COCINAS HOSPITALARIAS

SARA JIMÉNEZ MUÑOZ

ALBERTO DE NOVA PATÓN

MARIA MAGDALENA LOSA VALERO

DAVID DE LA BELDAD LEÓN

JOSE DAVIA CANTOS

1 Introducción

Lo primero de lo que vamos a hablar es del Real Decreto 22/2006, de 7-03-2006, sobre comidas preparadas.

El presente Decreto tiene como objetivo regular en el ámbito territorial de Castilla La Mancha:

Las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos de comida preparada.

El procedimiento de autorización sanitaria de funcionamiento de los establecimientos de comidas preparadas

Los establecimientos de comidas preparadas que deben tener comidas testigo, y las condiciones que deben recogerse, identificarse y guardarse.

Por lo tanto, podemos definir comida testigo como: pequeñas muestras representativas del mismo origen de los platos que se prepara en un establecimiento, que se mantienen refrigeradas y congeladas al menos durante 5 días. Deben ser identificados con nombre y fecha. Así, en el caso de brote de origen alimentario, se lleva a cabo un estudio epidemiológico para poder detectar el local y alimento causante. De esta manera se puede establecer un diagnóstico y tratamiento eficaz, así como responsabilidades legales.

Los responsables, en este caso de una cocina hospitalaria, deberán de llevar un registro de los diferentes platos servidos cada día para poder cotejar que coincidan con las comidas testigos almacenadas.

Resumiendo, como general, las muestras testigo son muy importantes en caso de intoxicación para averiguar de que alimento procede dicha intoxicación.

2 Objetivos

1. Conocer que es una muestra testigo en una cocina hospitalaria, así como durante cuánto tiempo debe guardarse y como se debe guardar y conservar.

2. Las comidas testigo en caso de toxiinfección alimentaria.

3. Las comidas testigo dentro del plan APPCC.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo, se han realizado búsquedas en artículos de internet, así como en páginas oficiales del estado.

También, he buscado información en cursos de SOCIDECO:

-Reglamentación técnico-sanitaria de comedores colectivos

-Actualización de conocimientos generales de higiene hospitalaria.

4 Resultados

La recogida de comida testigo la debe recoger el cocinero y se debe realizar en condiciones de asepsia, es decir, este debe llevar el uniforme limpio y una malla que cubra tanto el pelo como la nariz. La muestra debe tomarse en el momento

más próximo a su consumo. Esta comida debe ser depositada en un recipiente diferente por cada uno de los alimentos elaborados, usando cubiertos limpios y guantes en cada uno de los procesos, y almacenada en un lugar seguro en el congelador, para evitar que sea manipulada o destruida accidentalmente, así como facilitar su localización rápida y segura.

En todas las áreas de preparación de alimentos es recomendable tomar una muestra testigo de la elaboración de los productos del día.

Las muestras testigo deberán de cumplir los siguientes requisitos:

-Las muestras deben ser recogidas tras su elaboración.

-Deben estar fechadas e identificadas.

-Se conservarán en refrigeración a temperatura igual o inferior a 4º.

-Deben conservarse como mínimo durante 4 días.

-La cantidad debe ser una ración o como mínimo 100 gramos.

+Las comidas testigo en caso de toxiinfección alimentaria.

Cuando ocurre un brote alimentario, se realiza un análisis estadístico de las encuestas epidemiológicas y los resultados de los análisis realizados en el laboratorio, y se formulan hipótesis sobre el origen de este brote.

La autoridad competente llevará a cabo una inspección en el establecimiento, cogiendo una toma a de muestras para confirmar de donde procede dicho brote.

En el caso de que el establecimiento esté obligado a disponer de platos testigo, se agiliza y se hace más preciso este proceso.
+ Las comidas testigo dentro del plan de APPCC:
Antes que nada, vamos a explicar qué es un APPCC.
El Análisis de control de puntos críticos de control, es un sistema para garantizar que peligros que puedan proceder de fuentes biológicas, químicas o físicas, se controlen hasta niveles aceptables.
Las muestras testigo entran entre las 12 tareas del plan APPCC de una cocina.
Se basa en un mantenimiento de los registros para reflejar que se han seguido los procedimientos correctos.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades de transmisión alimentaria y los daños provocados por los alimentos contaminados, son en el mejor de los casos daños desagradables y en el peor de los casos pueden llegar a ser fatales.

El cocinero representa un papel fundamental para que este tipo de intoxicaciones no sucedan, lo primero teniendo mucho cuidado con la manipulación de alimentos y revisando que los alimentos no estén en mal estado ni caducados.

En conclusión, una buena manipulación y una buena conservación de los alimentos, tanto como un correcto registro del plan de APPCC, nos garantizará que no se produzca ningún brote alimentario.

6 Bibliografía

1.Comidas testigo: ¿De qué sirven en hostelería? ¿Debes utilizarlas? - SAIA

2.Muestras testigo de comidas preparadas - Biovetbalear

3.Actualización de conocimientos generales de higiene hospitalaria. (SOCIDECO) EditorialCep.

4.Reglamentación técnica sanitaria de comedores colectivos. (SOCIDECO) EditorialCep.

Capítulo 657

PRIMEROS AUXILIOS EN CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

MARISA FERNÁNDEZ RODRIGUEZ

ANA ALBA GONZALEZ

MIGUEL PELLO GARCIA

JAIME TABOADA COMA

1 Introducción

P.A.S. significa Proteger, Avisar , Socorrer. El P.A.S es un protocolo de actuación a emplear ante un accidente o emergencia mientras llegan los servicios de emergencia, con la finalidad de mantener con vida a los accidentados o evitar daños mayores en ese lapso de tiempo.
A la hora de proteger, es vital alejar a la víctima del peligro a nosotros mismos y al resto de personas que se encuentren o puedan circular por el lugar. Esto incluye señalizar el peligro.
A la hora de avisar, se llamará en nuestro país y el resto de Europa , al teléfono 112, ofreciendo la mayor cantidad de información útil posible .
A la hora de socorrer, se procederá con cautela, evitando que la víctima pierda el calor corporal y evitando darles de comer o beber. Se aplicarán técnicas que no requieran cualificación que no posea el ejecutor y el objetivo de las mismas nunca será aplicar un tratamiento, sino una solución inmediata destinada a proteger la vida hasta la llegada de los sanitarios.

El método P.A.S ha demostrado ser extremadamente eficaz ante accidentes, evitando cadenas de errores por protocolos mal ejecutados que ponen en peligro a las víctimas.
No aplicar alguno de los pasos que comprende no ayuda a acelerar la atención, sino que impide el desarrollo adecuado de las demás técnicas y la llegada de los servicios de urgencias.

2 Objetivos

- Describir cómo aplicar correctamente el método P.A.S. , cómo alertar correctamente a los servicios de urgencias y qué medidas adoptar para facilitar su posterior labor. .

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática a través de buscadores especializados, incluyendo Pubmed y Scielo , de la literatura existente sobre el tema. En dicha búsqueda se han incluido términos y frases clave como : ”P.A.S” , ”Primeros auxilios” y se han utilizado en la selección final de textos guías actualizadas y de fuentes fiables.

4 Resultados

A fín de proporcionar protección a la víctima de un accidente, cuidando de no cometer imprudencias o acometer acciones que pongan en peligro nuestra propia seguridad , conviene tener un entrenamiento adecuado en la aplicación del método P.A.S – Proteger, Alertar, Socorrer - y estar seguros de cómo abordar su aplicación.
Es de vital importancia , durante la llamada de alerta que se hará al 112 , ser rigurosos con los detalles y localización del hecho. De ese modo, los servicios de urgencias podrán llegar a la menor brevedad posible , con el equipo adecuado , el número óptimo de personal y conscientes del protocolo que habrán de aplicar.
A la hora de realizar la llamada, es recomendable proporcionar los siguientes datos:
- Establecer la naturaleza o tipo de accidente y cómo ha sucedido.
- Establecer con el mayor rigor posible el lugar exacto donde son requeridos los servicios de urgencias.

- Cuántas personas están implicadas , su gravedad, estado general, si alguien no respira y , en la medida de lo posible, el tipo de heridas que tienen .
Si se ha aplicado algún tipo de estrategia o tratamiento , expresarlo a fin de recibir instrucciones adecuadas o preparar a los profesionales .
- Es vital indicar si algún herido está atrapado o no puede moverse por algún motivo.
- Alertar sobre la presencia de elementos contaminantes o nocivos para la salud , así como la posibilidad de explosiones o incendios.
Durante la llamada, es útil reiterar , repetir los datos para asegurarse de que todos son correctos .
A la hora de aplicar los primeros auxilios , tras proteger a los heridos y alertar al 112 , se tendrá en cuenta estas medidas :
- Facilitar el acceso de los sanitarios , utilizar aquellas medidas preventivas de aviso para evitar más accidentes.
- Durante la aplicación de los primeros auxilios , se tratará de evitar un mal mayor que el que ha sufrido : no se usarán técnicas cuyo resultado se desconozca.
- Se tratará de dar seguridad y tranquilidad al accidentado.

5 Discusión-Conclusión

Ante un accidente, aplicar correctamente el método P.A.S. puede ser la barrera entre la vida y la muerte del accidentado.
Es vital que quien ejecute los primeros auxilios tenga unos conocimientos mínimos sobre ellos, por lo que su enseñanza , tanto en colegios , institutos y universidades, como en el trabajo como parte de la prevención de riesgos laborales, sería de una gran eficacia y contribuiría a salvar vidas.
La escucha atenta de las instrucciones que den los servicios de emergencia al alertar del hecho es una estrategia también esencial : ellos tienen la preparación y los conocimientos adecuados para afrontar lo que está sucediendo.

6 Bibliografía

¿En qué consiste la técnica PAS y para qué sirve? (seguridadvialenlaempresa.com)
Metodo PAS Cómo actuar en una emergencia ? (ambulanciasloscarmenes.es)
Manual Seguridad ISASTUR
“La secuencia PAS, o la importancia de cómo reaccionar ante una emergencia” | Blogs Quirónsalud (quironsalud.es)

Capítulo 658

MOBBING EN CENTROS SANITARIOS

MARISA FERNÁNDEZ RODRIGUEZ

ANA ALBA GONZALEZ

MIGUEL PELLO GARCIA

JAIME TABOADA COMA

1 Introducción

El mobbing es un síndrome cuya frecuencia , de un modo preocupante, ha aumentado estadísticamente los últimos años hasta convertirse en una de las riesgos psicosociales más habituales en el trabajo.
El mobbing, o acoso laboral, sucede al recibir un trabajador un trato vejatorio, hostil, continuado en el tiempo y que le acarrea graves trastornos profesionales y patologías psicológicas y físicas.
En el mundo sanitario, el estrés, la jerarquización férrea , el trabajo en equipo mal gestionado y las especiales circunstancias que lo rodean, hacen que sea uno de los sectores profesionales más expuestos a este problema.
El mobbing puede traer problemas físicos y psicológicos de calado, que van desde la depresión, el insomnio, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, consumo de drogas , fármacos y alcoholismo a otros que afectan a la esfera personal de la persona, como los problemas familiares.
Por supuesto, la falta de autoestima y la inseguridad que este síndrome trae consigo afecta de un modo grave al trabajo , pudiendo anular profesionalmente a quien padece mobbing.

La empresa ha de vigilar los riesgos psicosociales como parte de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales, observando cualquier conducta de acoso de cualquier índole - laboral, sexual, por cuestión de género u origen - y creando medidas correctoras y preventivas para evitarlos.

2 Objetivos

Enumerar las fases del desarrollo del mobbing o acoso laboral a fin de ayudar a identificar si un trabajador se encuentra en alguna de ellas .

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática a través de internet ,utilizando buscadores especializados como Scielo, Pubmed y Google Schoolar.
Las palabras claves que se han utilizado han sido: Acoso laboral, mobbing, intimidación, conflicto, acoso vertical, acoso horizontal, violencia, chantaje.

4 Resultados

Para poder identificar el burnout en un trabajador , se ha de tener en cuenta primero la existencia de cuatro fases , cuya observación puede ayudar a reconocer la presencia de esta patología .
En la primera fase, llamada de entusiasmo, el trabajador acude a su puesto de trabajo cargado de optimismo y vitalidad, depositando en sus quehaceres gran parte de sus aspiraciones laborales y de desarrollo personal.
En la segunda fase, el trabajador entra en un período de estancamiento ; sus expectativas , fueran cuales fueran – trabajo bien realizado, pretensiones económicas, ascenso a puestos de mayor responsabilidad – no se están viendo cumplidas. Comienza a replantearse si está en el lugar de trabajo adecuado, si sus superiores aprecian sus esfuerzos, si las perspectivas de desarrollo o promoción de la empresa con justas o válidas para el.
La tercera fase corresponde a la frustración del individuo: El síndrome como tal comienza aquí,empieza a ser observable . El trabajador no dispone de herramientas psicológicas personales que contrarresten la desmotivación y apatía , las dudas se cronifican e intensifican. El trabajo carece ya de sentido, es una carga y no algo motivador, el trabajador se siente desplazado y comienza el agotamiento

emocional . Los síntomas psicosomáticos arrecian. La realización personal desaparece.
En la cuarta fase, de hiperactividad y apatía, el trabajdor se sobrecarga emocionalmente, se agota y se distancia del trabajo, amén de iniciar el proceso de despersonalización, mediante el cual se endurece en términos afectivos y se v alejando progresivamente de su vinculación laboral : compañeros, jefes , clientes.
En la quinta fase , estamos propiamente ante un trabajador quemado. Se ve incapaz de seguir en la empresa, en el puesto, de afrontar sus tareas, el ambiente laboral. Generalmente en esta fase la persona afectada de burnout renuncia , se traslada o inicia una baja laboral.

5 Discusión-Conclusión

Tratar a una persona que ha sufrido mobbing es difícil, porque lo que se ha de tratar en ese momento son las secuelas que ha dejado este . Algunas de ellas pueden cronificarse y afectar de por vida al individuo , por lo que las verdaderas medidas contra esta lacra del mundo del trabajo han de ser preventivas para poder tener un efecto real. Las empresas han de involucrarse de un modo decidido y evitar prácticas ya obsoletas para fomentar la competitividad que enfrentan a los trabajadores y fomentar el trabajo en equipo y la empatía como parte de los objetivos sociales de la empresa.

6 Bibliografía

1. Uco.es.(citado el 3 de agosto de 2021).Disponible en: https://www.uco.es/csif/attachments/article/61/mobbing.pdf
2. Ffis.es.(citado el 3 de agosto de 2021).Disponible en: http://www.ffis.es/ups/prl/guia_prevencion_actuacion_acoso_laboral.pdf
3.Guía para conocer el acoso laboral o mobbing(internet).Mobbingmadrid.org.2013(citado el 3 de agosto de 2021).Disponible en :https://mobbingmadrid.org/acoso-laboral/guía-de-recursos-para-conocer-que-es-e/
4.Por:F.GUÍA PARA LA ELAVORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOSO EN LA EMPRESA(Internet).Cem-malaga.es.(citado el 3 de agosto de 2021).
Disponible en https://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2019/GU%c3%8DA%20PARA%20LA%20ELABORACI%C3%/93N%20E%20IMPLANTACI%

C3%93N%20DE%20UN%20PROTOCOLO%20DE%20ACOSO%20EN%20LA%20EMPRESA,pdf
5por:F.Guía Análisi comparado de los protocolos de actuación frente al acoso en el trabajo(internet).Ugt.es.(citado el 3 de agosto de 2021).Disponible en:https://www.ugt.es/sites/default/files/guiaacosoweb.pdf

Capítulo 659

LA INTEGRACIÓN DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES

FRANCISCO JAVIER SANCHEZ MONTAÑA

1 Introducción

La Ley 2/2011 de 11 de marzo para la Igualdad de mujeres y hombres implanta un conjunto de principios que garantiza y da lugar a la igualdad efectiva de derechos, oportunidades y trato entre hombres y mujeres y a fomentar de forma equilibrada la presencia de estos como de estas a nivel privado como público en Asturias.
Se busca que las personas, así como entidades públicas y privadas en Asturias apliquen los derechos y obligaciones de esta Ley.
Con carácter transversal informará el principio de igualdad de oportunidades y trato entre ambos sexos, como actúa la Administración en Asturias metiendo normativas para desarrollarlas en todas las actividades.
Se introducirá una evaluación en el desarrollo de competencias de impacto de género y se hará un informe de dicho impacto.
En los poderes públicos el lenguaje será no sexista y lo trasladará a todas relaciones, culturales, sociales y artísticas.
Se aprobará un plan estratégico de igualdad de oportunidades que alcanzará medidas cuyo objetivo es obtener la igualdad entre hombres y mujeres y anular toda discriminación en razón de género.
Los poderes públicos tendrán que tener en cuenta la variable de sexo para encuestas y estadísticas.

Se promueven estudios e investigaciones sobre el origen y causas de la desigualdad entre géneros así como de la violencia de género.
La Administración del Principado, incitará a formalizar un protocolo para actuar entre Administraciones para evitar las víctimas de violencia de género.

2 Objetivos

Conocer la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres en la salud, en las políticas de bienestar, en la cultura, el deporte, la sociedad de la información, las políticas de desarrollo rural y de cooperación para el desarrollo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda de libros, artículos en Pubmed, Scielo, así como el buscador Google académico, metiendo filtros de búsqueda como " igualdad entre mujeres y hombres", "Ley 2/2011 de 11 de marzo". Igualmente se ha realizado una consulta en revistas científicas así como en guías españolas.

4 Resultados

La integración del principado de igualdad entre hombres y mujeres en la salud.
El Principado de Asturias promueve la mejora y mantenimiento del nivel de salud de hombres y mujeres e impulsa que se elimine la desigualdad de género en la Salud.
Para conseguir estos objetivos se garantiza la igualdad tanto en la entrada como en la atención sanitaria, apoyo a mujeres víctimas de violencia de género dándoles protocolos, formación en dicho ámbito, etc.
La integración del principio de igualdad entre hombres y mujeres en políticas de bienestar social.
Se buscará mejor calidad de vida ante los colectivos de mujeres que más necesidad tienen y fomentará la integración para las que estén en riesgo de exclusión social, a través de los servicios sociales. Estos servicios sociales tienen protocolos para víctimas de violencia de género.
También se dará facilidades de vivienda a mujeres en riesgo de exclusión o necesitadas habiendo sido víctimas de violencia de género sobre todo con hijos menores a su cargo.
La integración del principio de igualdad entre hombres y mujeres en cultura.

Las medidas a adoptar para tener igualdad de oportunidades en la cultura, será facilitando que las mujeres formen parte de disciplinas culturales y artísticas.
La integración de igualdad entre hombres y mujeres en el deporte.
Se promoverá el que mujeres practiquen el deporte evitando la discriminación por razón de sexo. Se dará la difusión de eventos femeninos deportivos y se promoverá el respeto por la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en pruebas como en premios.
El principio de igualdad de hombres y mujeres en la sociedad de la información.
Se busca el uso y acceso de tecnologías de la información en igualdad de condiciones así como la comunicación tanto por parte de los dos sexos. Se introducirá el principio de igualdad entre ellos en la ejecución y diseño de sus políticas para el avance de la sociedad de la información y fomentar los contenidos establecido en este ámbito por mujeres.
El principio de igualdad entre hombres y mujeres en políticas de desarrollo rural.
Tiene que haber participación de igualdad en el desarrollo rural e igualdad de oportunidades entre ambos sexos. Favorece la formación, el acceso al empleo y a tecnologías nuevas.
El principio de igualdad entre mujeres y hombres en políticas de cooperación para el desarrollo.
Se dará estrategias según sectores que serán controladas para evaluar cada cuatro años.

5 Discusión-Conclusión

Se avanzó en estos años en la igualdad entre mujeres y hombres, pero aún hay desventaja tanto a nivel privado como público.
La igualdad de género es la igualdad de responsabilidades, oportunidades y derechos de hombres y mujeres. Es fundamental corregir e identificar estas situaciones para conseguir una igualdad efectiva.
Hay que promover la igualdad y detectar situaciones discriminatorias, en contra del principio de igualdad, acoso sexual o por razón de sexo. Tiene que ser transparente la comunicación y la información externa como interna en materia de igualdad. Tiene que haber igualdad tanto en cultura, deporte, en políticas de desarrollo rural como de cooperación para el desarrollo.

6 Bibliografía

- Auxiliar Administrativo Principado – Academia Tamargo

- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-7887
- https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/as-l2-2011.html

Capítulo 660

LOS PROCEDIMIENTOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS

ALBA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

El crecimiento de la población en los últimos años, unido a que dicha población cada vez es más longeva, supone un mayor requerimiento de atención desde el punto de vista sanitario y ha hecho desarrollar sistemas variables de atención en las urgencias del hospital (Fernández, 2018).

La población ha cambiado su forma de solicitar servicios y se ha vuelto altamente reclamante de una asistencia rápida. Y nadie ha sido capaz de modificar dicha preferencia, quizás porque de haberlo pretendido hubiese fallado de forma escandalosa (Jiménez, 2019). Hay que tener en cuenta que para lograr un servicio de urgencia eficiente son necesarias, entre otras variantes, la rapidez y la calidad de la prestación de la asistencia médica (Pereda, 2020). Los datos que se alcanzan nos muestran que el 10 por ciento de los usuarios que asisten al hospital terminan siendo ingresados y el 90 por ciento restante son dados de alta desde las urgencias hospitalarias.

Existe un desconcierto generalizado entre la noción de urgencia, tal como se comprende en los procedimientos de triaje estructurado y el concepto de enfermedad, no siendo extraño que al efectuar la definición de triaje se hable de clasificación de usuarios por niveles de transcendencia, cuando en verdad lo que se organiza es el nivel de urgencia de los enfermos (Miró, 2021).

2 Objetivos

Identificar los distintos modelos de triaje empleados en las urgencias hospitalarias.
Definir el procedimiento de triaje más eficiente para los hospitales españoles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos y revistas científicas.
Las bases de datos automatizadas empleadas son: Scielo, Pubmed y Medes. Las reseñas empleadas fueron: "Sistemas de clasificación", "Triaje" y "Urgencias hospitalarias". Se han usado los términos en español y en inglés. Los filtros empleados han sido: completo, estudio avalado científicamente y filtro de publicaciones de 2018 a 2021. El número de estudios utilizados para la redacción de los resultados ha sido de 8 análisis.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define urgencia sanitaria como "la aparición inesperada o imprevista en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Identificar la desemejanza entre la atención médica de emergencia y la atención médica de urgencia puede resultar confuso para los usuarios, debido a que los dos vocablos conllevan que existe una obligación médica que debe solucionarse de forma rápida. En cambio, se hallan desemejanzas diferenciadoras entre ambos vocablos.
La diferencia primordial entre emergencia y urgencia es que en circunstancias de emergencia existe una amenaza urgente para la vida y la salud. En cambio, en una urgencia, no existe riesgo o amenaza urgente para el enfermo, pero si no se observa en un espacio de tiempo concreto, la situación puede transformarse en una situación de emergencia (Fernández, 2009).
En el servicio de urgencias, los enfermos son valorados a su llegada y clasificados en 5 niveles, acorde a la prioridad de su motivo de consulta:
Nivel 1: Los enfermos pasan de forma directa a la sala de reanimación.
Nivel 2: Los enfermos tienen prioridad alta.
Nivel 3: Los enfermos tienen prioridad moderada.

Nivel 4: Los enfermos tienen prioridad baja.
Nivel 5: Los enfermos tienen prioridad muy baja.
Los enfermos cuya prioridad sea alta deben ser atendidos en primer lugar, cuando sea baja, pueden tener una demora más extensa.
El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar (García, 2014). El triaje es un proceso que nos posibilita una gestión del peligro para poder utilizar de forma adecuada y con seguridad a los enfermos cuando la demanda y las necesidades excedan los medios.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, el triaje se ha convertido en uno de los campos de investigación más productivos de la medicina y la enfermería de urgencias y emergencias, gracias al progreso y asentamiento de las escalas de triaje de cinco niveles de priorización.
Las causas por las que se acude a urgencias, ha sido puntualizado en varias ocasiones sin hallar soluciones a la demanda de atención, determinando que la asistencia a urgencias es igual en la población nativa y la inmigrante y que también lo es el nivel de gravedad de los sucesos por los que acuden al centro hospitalario (Rillo, 2019). En consecuencia, indistintamente del motivo por el cual acuden los pacientes a los servicios de urgencia, se hace indispensable un sistema de clasificación.

6 Bibliografía

Baza, M. (2018). El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. Enfermería Clínica,
11(5), 230-238.

Chan, TC, Killeen, J.P, Nelly, D y Guss, D.A. (2019). Impact of rapad entry and accelerated carea t trage on reducing emergency department patien wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. Ann Emerg
Med, 46, 491-497.

García, M. (2020). Estudio del Triaje en un servicio de urgencias hospitalarias. Revista Enfermería C y L, 5(1),
42-49.

Jiménez, J.G. (2021). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 18(3), 156-164.

Capítulo 661

USO ADECUADO DE GUANTES SANITARIOS EN ENFERMERÍA

JUAN COBO PALOMINO

MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN

1 Introducción

Para disminuir la exposición a sustancias y el riesgo que conlleva, o enfermedades es necesario utilizar los medios de protección adecuados e individuales, como son los guantes. La formación y educación sanitaria del personal sanitario es esencial para el correcto y adecuado uso y tipo de guantes para que cada actividad que vayamos a llevar a cabo sea segura y que su uso sea adecuada para cada práctica que se realice. El profesional sanitario independientemente del centro donde trabaje tiene que tener a su disposición los guantes específicos para cada tarea que vaya a realizar.

Debemos saber que el guante tiene un carácter dual, esto quiere decir que actúa como protección del personal y a su misma vez es un producto sanitario.

Los guantes son un elemento de protección primordial. Su objetivo es actuar como una barrera de protección para el profesional sanitario y para el paciente. Los guantes, como barrera de protección que son, reducen con gran importancia el porcentaje de contraer alguna enfermedad.

Si hacemos un uso inadecuado de este producto sanitario produce que el sanitario tenga una sensación de seguridad que no es real y que se vea vulnerada la seguridad de los pacientes.

De acuerdo con algunos protocolos de centros hospitalarios, algunas recomendaciones y la Organización Mundial de la Salud, siempre se debe hacer uso de

guantes cuando vayamos a entrar en contacto con sangre, mucosa, heridas u otros materiales contaminantes, así como contra agentes químicos y otro tipo de medicación. Además, los profesionales que trabajan en el área sanitaria tienen que estar formados para un uso correcto y saber cuál es la mejor selección de guantes según el tipo de actividades asistenciales que se vayan a realizar.

2 Objetivos

-Conocer las normas para un uso correcto de los guantes sanitarios.
-Saber cuál es la mejor la elección del guante en función del riesgo al que nos vamos a exponer, dependiendo de la actividad a realizar.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica con búsqueda en las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Medline, Cuiden y Scielo. Se obtuvo información de los últimos años con las palabras clave: guantes sanitarios, higiene de manos, prevención, formación sanitaria, agentes químicos, enfermería.

4 Resultados

El uso de guantes puede resultar obligatorio en algunas situaciones, estas son algunas de ellas:
-Manipulación de material contaminado.
-Técnicas y actividades en las que vaya a producirse contacto con productos biológicos.
-Curas de heridas, extracción de muestras.
-Manipulación de productos y medicación citostáticos
-Aislamientos respiratorios y de otros tipos.
-Administración de medicación intravenosa.
- Procedimientos que precisen una técnica estéril.
Hay que tirar los guantes cuando detectemos alguna rotura o perforación, cuando vayamos a atender a diferentes pacientes.

No hay que olvidar que tenemos que utilizar una talla adecuada, que no se pueden lavar o reutilizar, que hay que lavarse las manos antes y después de su uso, tenemos que saber retirarlos de forma correcta para no contaminarnos, y desechar-

los en el contenedor correcto. Y es importante utilizar solo cuando sea necesario, así evitamos una contaminación cruzada.
Por lo general, en los hospitales y centros sanitarios solo existen 3 tipos de guante, diferenciados por el tipo material: Látex, vinilo y nitrilo. Los guantes quirúrgicos son casi todos de látex, con los problemas de alergias perjudicando tanto a pacientes y profesionales.
Además, hay una falta de información y formación en la interpretación del concepto de protección basado en el uso del guante en función del proceso específico que vaya a realizarse.
Se pueden distinguir dos grandes grupos de guantes en función del uso que se les vaya a dar. Pero por lo general, el guante sanitario debe cumplir varias funciones como ser adecuado para la técnica que vayamos a realizar, protegen al sanitario y al paciente del contacto mutuo y por último, protege de los riesgos a los que se expone el profesional como la exposición a agentes químicos y biológicos.

5 Discusión-Conclusión

El uso adecuado de guantes ayuda a proteger de infecciones tanto a los pacientes como a los trabajadores, como evidenciamos anteriormente.
Todos los profesionales sanitarios debemos conocer los protocolos generales sobre el uso de guantes para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Cuando son técnicas que no requieren asepsia, cometemos errores respecto al uso de este material de protección:
- Debemos evitar la perforación del guante para palpar mejor la vena cuando vamos a realizar una extracción de sangre o canalizar una vía venosa periférica.
- Hay que estar atento y cambiar de guantes entre paciente y paciente, o cuando hayamos terminado una técnica y vamos a empezar otra, el paciente puede percibir que nos estamos protegiendo a nosotros mismo y a ellos no.
-Siempre se considera de vital importancia la higiene de manos anterior a la puesta de guantes.
Por todos estos motivos y por otros más, concluimos con que es esencial la formación del personal mediante talleres presenciales, ya que son muchos los errores que cometemos a la hora de la utilización de guantes.

6 Bibliografía

1.Calero Romero, MR., Llanes Correa, L., ¿Qué percepción tienen los pacientes de hematología sobre la higiene de manos - uso de guantes y enfermería? Rev.

Enfermería Global, no 23. 2011 pág. 183-189
2.Tenías JM. Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal. Revista de Calidad Asistencial. Vol: 24. 2009. Pág 36.
3.Mosquera Portals MV. Guantes médicos. Fisterra.com. Disponible en http://www.fisterra.com/salud/3procedt/guantes.asp
4.
5. Tanner J, Parkinson H Doble guante para reducir la infección cruzada quirúrgica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008
6.Número Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://ws003.juntadeandalucia.es:2146
(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
Enrique Limón Cáceres E. La importancia del lavado de manos y de utilizar guantes para evitar las infecciones cruzadas, vol 18, no 4. 2008

Capítulo 662

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA EN URGENCIAS

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

TEODOR OCHIU

ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS

ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS

1 Introducción

Cuando hablamos de urgencias, es el acceso principal por el que pasan todos los pacientes, cuando dichos pacientes acuden a urgencias por cualquier patología, es decir, dentro de la misma urgencia, este paciente es recibido por el celador, el cual lo sentara en una silla de ruedas o en caso de que lo necesite lo llevara en una camilla, el paciente será dirigido por el celador hasta la ventanilla de información, donde procederá a dar sus datos personales.
Una vez que, de sus datos, se pasara el paciente a triaje donde será atendido por una enfermera, la cual le tomara las constantes vitales, y le acompañara a la sala de espera para que el médico le atienda en la consulta, donde el médico decidirá según la patología que sufra, si es dado de alta o tiene que ser ingresado para poder continuar con la recuperación para poder ser dado de alta.
Si es dado de alta con el informe de alta, el celador le acompañará o con la camilla hasta que sus familiares o hacia la sala de la ambulancia, para poder ser trasladado

hasta su casa.
En caso de que el médico, decida que por su estado de salud a raíz de su patología, tiene que ser ingresado en una planta de hospitalización o en otra. Una vez que sea efectuado el ingreso y sea notificado a planta, el celador te llevara a la planta que va a proceder el ingreso hasta ser dado de alta, una vez en planta el celador te dejara dentro de la habitación asignada, y se procede a dejar la historia clínica en el control de enfermería para que el personal sanitario la guarde en su lugar, hasta que el paciente es dado de alta.

2 Objetivos

Vamos a identificar cuáles son las diferentes funciones que realiza un celador en el área de urgencias dentro del hospital, desde que entra el paciente hasta que sale o si es ingresado en las diferentes plantas de hospitalización para su recuperación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El área de urgencias en el hospital cuenta con 3 partes que son las siguientes: Puerta de entrada, Apoyo Interno y Apoyo externo.
Realiza las siguientes funciones, dependiendo de la zona sonde se encuentre.
- Puerta de entrada: es el acceso por el que los pacientes acuden a urgencias, por el empeoramiento del estado de su salud.
Recibirán y ayudará al enfermo que venga en su propio vehículo que venga en ambulancia.
Llevará al enfermo en camilla o en silla de ruedas a triaje.
Vigilará la entrada del área de urgencias, no permitiendo el acceso a las personas con comida para los pacientes o niños.

Informará a los pacientes donde se encuentran las salas de espera, etc., pero nunca dará información sobre el estado de salud o sobre los tratamientos que se le están administrando a los pacientes.
- Función de Apoyo Interno:
Debe de ayudar al personal sanitario como médico, enfermería, tcae.
Deberá de auxiliar en las labores propias del celador, tanto en la sala de yesos, como en las funciones que les sean ordenadas por el personal sanitario o supervisión.
Llevará las diferentes muestras al laboratorio, banco de sangre, etc.
Llevará los documentos u objetos al área correspondiente.
Tramitará, sin tardanza las comunicaciones escritas, al área correspondiente.
- Función de Apoyo Externo:
Trasladarán a los enfermos a el área de radiografías.
Trasladarán los documentos, correspondencia, analíticas al área correspondiente.
Se encargará de trasladar a los pacientes a las distintas áreas de hospitalización, según la patología de su ingreso.
Llevará a los pacientes que vengan con un estado de salud muy grave a UCI.
En caso de conflicto y sea necesario se avisará al personal de seguridad.
Serán funciones del celador todas aquellas que sean ordenadas por el supervisor.

5 Discusión-Conclusión

La amabilidad, tanto del celador como del personal sanitario, es superimportante, ya que se están tratando con pacientes que acuden a urgencias cuando su estado de salud ha empeorado y necesita un tratamiento para mejorar su estado de salud. El conocimiento de los protocolos que se deben de desarrollar hace que los pacientes y en los familiares se les creen un estado de seguridad absoluta, esto harán que su estancia sea más relajada y llevadera. Tanto el personal sanitario como los celadores se sentirán orgullosos de lo que están haciendo, y estarán motivados sobre su jornada laboral, el paciente se encuentra satisfecha con su atención recibida.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc02
https://hospitalgalenia.com/que-es-el-servicio-de-urgencias-de-un-hospital/#::text=El%20servicio%20de%20urgencias%20de%20un%20hospital%20es%20el%20%C3%A1rea,puede%20acudir%20en%20cualquier%20momento

https://es.m.wikipedia.org/wiki/Urgencias_hospitalarias

Capítulo 663

MOVILIZACIÓN DE UN CELADOR A UN PACIENTE DE UCI

ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS

TEODOR OCHIU

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una instalación especial dentro de un hospital, donde se proporciona medicina intensiva, donde los pacientes en estado crítico, se aporta una vigilancia, asistencia para que estos pasen a la zona de hospitalización para seguir curándose para poder ser dados de alta.
No todos los pacientes son candidatos a UCI, aquellos que son candidatos están conectados a un monitor, en los que están todo el día controlando le la presión arterial, saturación de oxígeno en sangre, etc.
Dentro de un hospital hay varios tipos de UCI donde se ingresan los pacientes dependiendo su patología, son las siguientes:
-Unidad de Cuidados Intensivos cardiológicos o unidad coronaria.
-Unidad posoperatoria de cirugía cardíaca.
-Unidad de trasplante de órganos
-Cuidados intensivos psiquiátricos

-Unidad de cuidados neonatales y pediátricos
El acceso a la UCI será de fácil acceso desde urgencias.
La plantilla de trabajadores será el médico intensivista, enfermería, tcae y celadores.
La UCI cuenta con un amplio equipamiento para la recuperación de los pacientes que se encuentran en una situación de salud muy grave.
-Monitor para el registro de constantes vitales.
-Ventilador que administra oxígeno y ayuda a respirar si el paciente lo necesita.
-Bombas de fusión para administrar la medicación, sueros o la dieta, esta lo administra de forma segura y continua.
-Máquinas de diálisis, sustituye al riñón y ayuda a la eliminación del líquido y toxinas de la sangre.
-Marcapasos para mantener el ritmo del corazón en caso de haber sido intervenido en una cirugía cardíaca.

2 Objetivos

Desarrollar las funciones que realiza un celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) dentro de un hospital, a los pacientes que se encuentran en un estado de salud muy grave, hasta que son trasladados al área de hospitalización.

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

Vamos a desarrollar cuáles son las funciones que realiza un celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):
- Cuando llegue el paciente que va a ingresar en dicha unidad, ayudara al celador de donde provenga el paciente a cambiarlo de cama, para que el paciente se encuentre en la cama de la UCI.

- Movilizará a los pacientes con gran cuidado, con ayuda de la tcae y bajo la supervisión de la enfermera que tenga asignado a dicho paciente.
- Cuando se le realicen las pruebas radiológicas en caso de una simple radiografía, ayudara al celador de rayos X a inclinar al paciente, para que el técnico coloque la placa de manera adecuada.
- Llevará las muestras de sangre, orina, etc., al laboratorio con gran rapidez.
- Llevarán y recogerán las peticiones tanto de farmacia como de almacén.
- Cuando un paciente sea dado de alta de la UCI, lo trasladará al área de hospitalización, acompañado por la historia clínica del paciente, la cama será devuelta a la UCI.
- Deberá conocer el celador las posturas más frecuentes que se usan en la UCI, que son las siguientes: Decúbito supino, prono, Roser, lateral y posición de Fowler.
- Transportará los aparatos, materiales, y documentación que les indique los superiores.
- Todo el personal sanitario, médicos, enfermería, tcae y los celadores deberán de tener una bata aséptica, que serán cambiadas cada vez que sean abandonadas dichas dependencias.
- Dada la situación en la que se encuentran los pacientes, evitar en la medida los posibles ruidos innecesarios.
- En caso de un exitus, se procederá a amortajarlo con ayuda de la tcae, y se bajará a túmulos, para que los servicios funerarios pasen a recogerlo para luego poder trasladarlo al tanatorio.
- Cuando la exposición es elevada, deberá de ir todo el personal sanitario con mascarilla quirúrgica, FFP2, bata, guantes y protección ocular.

5 Discusión-Conclusión

El poder contar dentro de un hospital con la UCI, es superimportante, ya que los pacientes que su vida corre peligro y no puedan ser tratados en la planta de hospitalización, proceden a ser ingresados de inmediatamente en UCI. El celador en esta área es primordial, ya que con ayuda del tcae, son las personas que le hacen el aseo, cambios posturales, etc. El celador en esta unidad debe de estar muy concienciado y saber en todo momento lo que hace, ya que es una zona del hospital donde los pacientes se encuentran en una situación de gravedad. Llegando hasta a fallecer en muchas de las ocasiones.

6 Bibliografía

https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital/
https://es.wikipedia.org/wiki/Unidad_de_cuidados_intensivos
https://revistamedica.com/caracteristicas-uvi-uci/

Capítulo 664

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA ZONA DEL QUIRÓFANO

TEODOR OCHIU

ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS

ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

1 Introducción

El quirófano es una sala que se encuentra dentro de un hospital o centros de atención médica, está acondicionado para la práctica de operaciones quirúrgicas, a los pacientes que lo necesitan para el tratamiento de una enfermedad que ha sido diagnosticado.
Está compuesto por el siguiente personal sanitario:
- Anestesistas.
- Cirujanos.
- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Enfermería.
- Celadores.

El quirófano se divide en varias áreas, en los cuales poseen funciones específicas, mostramos cuáles son las áreas dentro del quirófano:

* Área no restringida: en esta zona se encuentran los pacientes que van a ser intervenidos, y el equipo portátil utilizado que todavía no ha sido desinfectado.
* Área de transmisión: en esta zona se encuentran los vestuarios para que el personal sanitario pueda cambiarse de ropa. Para los pacientes que van a ser intervenidos necesitaran su hoja de ingreso.
* Área semirrestringida: en esta zona solo está permitido el acceso al personal sanitario que tengan la ropa quirúrgica.
* Área restringida: estas áreas son las más limpias del quirófano, en esta área se incluye las salas de operaciones. Estas áreas están totalmente controladas y las puertas de acceso está completamente cerradas, haciendo uso de tarjetas para poder acceder. Dentro de esta área se encuentra la zona de procesamientos de materia, área de almacenamiento o closets, etc.

2 Objetivos

Vamos a proceder a desarrollar qué tipo de funciones realiza un celador en la zona de quirófano y cuál es el equipamiento que contiene un quirófano para la realización de una intervención quirúrgica y cuáles son las partes que la componen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador dentro de quirófano realiza las siguientes funciones:
Se encargará del traslado de los pacientes que vayan a ser intervenidos a la zona de quirófano y una vez que se ha intervenido se llevara al lugar que le indique enfermería o el propio médico.
Se encargará que le acompañe la historia clínica al paciente que será entregada por el personal de enfermería del lugar de procedencia.

Auxiliarán al personal sanitario en todas aquellas funciones a las que sean ordenadas por sus superiores.
El celador introduce a los pacientes y los saca a los que han sido intervenidos, colocándoles en la mesa de quirófano en la posición que sea ordenada por el cirujano, y quitando de la mesa para pasarlos a la camilla a los pacientes que van a ser intervenidos.
El celador durante la intervención se encontrará ubicado en el antequirófano, por si es necesitado por el personal sanitario para la realización de cualquier cambio postural para la intervención.
Llevarán las muestras recogidas durante la intervención para ser analizadas por anatomía patológica, para el diagnóstico de la enfermedad.
Darán cuenta a sus superiores de cualquier anomalía que encuentren en la limpieza, inmobiliario, etc.
El equipamiento del quirófano ido mejorando según han pasado los años, contienen este equipamiento:
- Mesa de operaciones, que pueden regularse la altura.
- Monitor eléctrico, el cual registra el ritmo cardíaco y respiratorio.
- Oxímetro, este dispositivo mide la cantidad de oxígeno en sangre,
- Máquina automática con medio de presión de sangre.
- Instrumentos quirúrgicos estériles necesarios para la intervención.
- Carro de anestesia, en este carro se encuentra todo lo necesario para la anestesia.

El quirófano este compuesto por las siguientes partes:
- Sala de espera.
- Preoperatorio.
- Sala de recuperación Postoperatoria.
- Área de recuperación pre-alta.

5 Discusión-Conclusión

El poder contar con quirófanos para poder hacer intervenciones hace que se pueda diagnosticar y curar enfermedades. Mejorando la calidad de vida del paciente. El poder contar con la figura del celador es de gran importancia, ya que ayuda a la colocación para que el personal sanitario pueda realizar la operación de manera adecuada y pueda estar lo más cómodo posible. Además el saber los protocolos que han de seguir esto ayuda a crecer laboralmente y facilita el desarrollo del trabajo en equipo y alcanzar los objetos marcados. Ser una persona empática ayuda mucho a llevar mejor la situación del paciente y los familiares hasta que son dados de alta.

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Quir%C3%B3fano
http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc04